

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER SERVIKS  
DENGAN ANSIETAS DAN NYERI DI RUANGAN ONKOLOGI  
RSUP DR M DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**



Oleh :

**BUNGA FATIHUL RAHMI, S.Tr.Kep**  
**NIM : 223410940**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG  
TAHUN 2023**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER SERVIKS  
DENGAN ANSIETAS DAN NYERI DI RUANGAN ONKOLOGI  
RSUP DR M DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**

Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners  
Politeknik Kementrian Kesehatan Padang Sebagai  
Persyaratan Menyelesaikan Pendidikan Profesi  
Ners Politeknik Kesehatan Padang



Oleh :

**BUNGA FATIHUL RAHMI, S.Tr.Kep**  
NIM : 223410940

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG  
TAHUN 2023**

## HALAMAN PERSETUJUAN

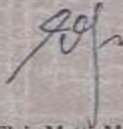
### HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Dengan Ansietas Dan Nyeri Diruang Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Nama : Bunga Fatihul Rahmi, S.Tr.Kep  
NIM : 223410940

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang,

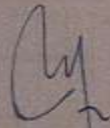
Padang, 19 Juni 2023

Komisi Pembimbing



(Ns. Elvia Metti, M.Kep. Sp.Kep.Mat)  
19800423 200212 2 002

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Nova Yanti, M.Kep.,Sp.Kep.MB)  
Nip. 19801023 200212 2 002

## HALAMAN PENGESAHAN


### HALAMAN PENGESAHAN


Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :


Nama : Bunga Fatihul Rahmi, S.Tr.Kep  
NIM : 223410940  
Judul KTA : Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Dengan Ansietas Dan Nyeri Diruang Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

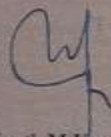
### DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Zolla Amely Ilda, S.Kep.,M.Kep (  )

Anggota Penguji : Ns. Zuharmaswita, S.Kep.,M.Kep.,Sp.An (  )

Anggota Penguji : Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep. Mat (  )

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Nova Yanti, M.Kep.,Sp.Kep.MB)  
NIP. 19801023 200212 2 002

## HALAMAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Bunga Fatihul Rahmi, S.Tr.Kep  
NIM : 223410940  
Tanggal Lahir : Padang/ 03 Januari 2001  
Tahun Masuk Profesi : 2022  
Nama PA : Reflita, S.Kp.M.Kep  
Nama Pemibing KTA : Ns. Elvia Metti, M.Kep. Sp.Kep.Mat

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul: Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Dengan Ansietas Dan Nyeri Diruang Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang  
Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 2023  
Yang membuat pertanyaan

(Bunga Fatihul Rahmi, S.Tr.Kep)  
NIM: 223410940

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, Juni 2023  
Bunga Fatihul Rahmi, S.Tr.Kep**

**PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN KANKER SERVIKS  
DENGAN ANSIETAS DAN NYERI DIRUANG ONKOLOGI RSUP DR. M.  
DJAMIL PADANG**

**Isi: x + 75 halaman, 2 bagan, 9 tabel, 5 lampiran**

**ABSTRAK**

Pengobatan untuk kanker serviks yang paling banyak digunakan adalah kemoterapi yang berdampak pada perubahan fisik seperti nyeri dan psikologis seperti ansietas. Salah satu teknik non farmakologis yang dapat mengurangi tingkat ansietas dan nyeri yaitu terapi relaksasi otot progresif. Tujuan penelitian ini Untuk menerapkan teknik relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks dengan ansietas dan nyeri di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan laporan kasus. Penelitian dilakukan dari bulan Mei-Juni 2023. Populasi adalah sebanyak 5 orang yang mengalami kanker serviks, sesuai kriteria inklusi dan eksklusi terpilih sampel sebanyak 2 orang. Analisis terhadap proses keperawatan meliputi pengkajian, kuesioner skala HARS, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dibandingkan dengan hasil penelitian orang lain, konsep dan penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif.

Hasil pengkajian pada kedua partisipan didapatkan cemas tingkat sedang dan mengeluh nyeri dibagian ari-ari sampai pinggang. Diagnosis keperawatan prioritas yaitu ansietas dan nyeri. Rencana keperawatan yaitu terapi relaksasi otot progresif dan manajemen nyeri. Implementasi yang dilakukan mengajarkan dan melatih partisipan terapi relaksasi otot progresif. Cemas dan nyeri mulai berkurang setelah hari ketiga namun kembali secara hilang timbul. Partisipan mulai tampak tenang, tidak gelisah, dan dapat menerapkan terapi relaksasi otot progresif secara mandiri.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di ruangan onkologi RSUP Dr. M Djamil Padang mengenai penerapan terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi ansietas dan nyeri pada pasien kanker serviks.

**Kata Kunci: Ansietas, Kanker Serviks, dan Terapi Relaksasi Otot Progresif  
Daftar Pustaka: 23 (2017-2023)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Dengan Ansietas Dan Nyeri Diruang Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu **Ns. Elvia Metti, M.Kep,Sp.Kep.Mat** yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis akhir. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibuk Renidayati, S.Kp,M.Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Tasman, S.Kp,M.Kep,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Ibuk Ns. Nova Yanti, M.Ke.,Sp.Kep.MB selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Ibuk Ns, Yani Fitriah selaku CI klinik RSUP Dr. M.Djamil Padang.
5. Ibuk Ermawilis, Amd.Keb selaku kepala ruangan onkologi RSUP Dr. M.Djamil
6. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
7. Ibu pembimbing akademik Reflita, S.Kp.M.Kep yang selalu memberikan support dan arahan untuk peneliti dan rekan- rekan satu bimbingan.
8. Teristimewa kepada orangtua dan saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
9. Rekan- rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan Karya Tulis Akhir.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Padang, Juni 2023

Peneliti

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN BEBAS PLAGIARISME .....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR BAGAN .....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
D. Manfaat Penulisan.....	5
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	6
A. Konsep Kanker Leher Rahim (Serviks).....	6
B. Konsep Ansietas .....	15
C. Konsep Nyeri .....	24
D. Konsep asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks.....	25
E. Terapi Relaksasi Otot Progresif.....	38
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	44
A. Desain dan Jenis Penelitian.....	44
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	44
C. Metodologi pemilihan jurnal .....	44
D. Populasi dan Sampel.....	45
E. Instrumen pengumpulan data.....	46
F. Jenis dan teknik pengumpulan data .....	46
G. Prosedur Karya Tulis Akhir.....	48
H. Analisa data .....	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	49
A. Hasil.....	49
B. Pembahasan .....	69
BAB V PENUTUP.....	77
A. Kesimpulan .....	77
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA .....	79



## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Gejala dan Tanda Mayor.....	15
Tabel 2. 2 Gejala dan Tanda Minor .....	15
Tabel 2. 3 Skala HARS .....	19
Tabel 2. 4 Rencana Asuhan Keperawatan.....	27
Tabel 2. 5 SOP Relaksasi Otot Progresif .....	35
Tabel 2. 6 Analisis Jurnal Metode PICO .....	40
Tabel 4. 1 pengkajian keperawatan .....	49
Tabel 4. 2 diagnosis keperawatan .....	53
Tabel 4. 3 rencana keperawatan .....	54
Tabel 4. 4 implementasi keperawatan .....	56

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 WOC .....	10
Bagan 3. 1 Prosedur Karya Tulis Akhir .....	48

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 2 Asuhan Keperawatan Partisipan 1
- Lampiran 3 Asuhan Keperawatan Partisipan 2
- Lampiran 4 SOP
- Lampiran 5 Lembar Balik
- Lampiran 6 Leaflet
- Lampiran 7 lembar konsul

## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kanker merupakan pertumbuhan sel secara tidak wajar atau secara tidak terkontrol, sehingga dapat merusak jaringan yang berada disekitarnya serta dapat menjalar ke tempat yang jauh dari asalnya yang disebut dengan metastasis (Organization), 2018) Kanker serviks merupakan kanker pada wanita yang menyerang bagian leher rahim yang disebabkan oleh virus Human Papilloma Virus (HPV) yang diperkuat keberadaannya dengan factor risiko seperti berganti-ganti pasangan seksual >4orang, penyakit menular seksual, berhubungan seks pada usia <20 tahun (Rahmania et al, 2018)

Kanker serviks adalah kanker paling sering ke-4 pada wanita dengan perkiraan 570.000 kasus baru pada tahun 2018 yang mewakili 6,6% dari semua kanker wanita serta menjadi angka kematian keempat terbanyak, sekitar 90% kematian akibat kanker serviks terjadi pada Negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2018). Data Globcan (2018) menunjukkan kejadian penyakit kanker di Indonesia sebanyak 136,2 per 100.000 penduduk. Angka ini menempatkan Indonesia di urutan kedelapan dengan kasus terbanyak di Asia Tenggara, dan peringkat ke-23 se-Asia. Kanker leher rahim diurutan kedua sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk .

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi tumor/kanker di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1,4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018. Prevalensi kanker tertinggi adalah di provinsi DI Yogyakarta 4,86 per 1000 penduduk, diikuti Sumatera Barat 2,47 per 1000 penduduk. Dua jenis kanker terbanyak di Indonesia yaitu kanker rahim.

Selain masalah fisik dan social ternyata permasalahan psikologi juga dialami karena diagnose kanker yang diterima adalah hal yang sangat menakutkan yang menyebabkan kecemasan. Efek yang paling jarang dibahas dan sering diabaikan adalah efek psikologis yang dirasakan pasien kanker serviks dari awal terdiagnosis sampai sedang menjalani pengobatan. Dimana diagnosis kanker merupakan stressor yang besar yang dapat menimbulkan respon psikologis dan emosional bagi pasien dan keluarga (Duma et al, 2014). Efek negative dari pasien kanker serviks salah satunya adalah kecemasan, dimana pasien lebih berisiko tiga kali lipat menjadi tidak patuh berobat dibanding pasien yang tidak dalam kecemasan (Sigalingging et al, 2017). Pada kecemasan dalam tingkat rendah dapat menyebabkan individu lebih bersifat antisipatif positif, akan tetapi jika kecemasan berlebihan akan memberikan efek negative pada terapi yang dijalannya dan enggan menjalani kemoterapi (Eva & Fredy, 2013).

Pasien kanker serviks mengalami kecemasan karena perubahan status kesehatannya, ditambah lagi dengan tindakan kemoterapi yang harus dijalani untuk menghambat laju proliferasi sel-sel kanker tersebut. Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang menunda dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dan menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu namun masih dalam batasan normal (Hawari, 2016)

Upaya dalam mengatasi kecemasan dapat dilakukan melalui pengobatan farmakologis dan pengobatan non farmakologis. Cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi kecemasan salah satunya adalah pengobatan farmakologis dengan penggunaan psikofarmaka berupa obat-obatan anti ansietas. Penggunaan obat-obatan anti ansietas dapat menyebabkan depresi susunan syaraf pusat secara menyeluruh. Pengobatan non farmakologis yang dapat diberikan pada pasien kanker serviks untuk menurunkan kecemasan dapat dilakukan dengan terapi komplementer yang menimbulkan keselarasan tubuh dan pikiran yang diyakini memfasilitasi penyembuhan fisik dan psikologis,

selain itu dapat memberikan perasaan nyaman, mengurangi rasa takut sehingga dapat memberikan ketenangan hati dan mengurangi tenaga. Salah satu terapi komplementer yaitu relaksasi otot progresif yang menggabungkan latihan nafas dalam, serangkain seri kontraksi serta relaksasi otot tertentu, dan distraksi (Rahmania et al., 2018)

Hasil penelitian Rahmania, Natosba, and Adhistry tahun 2018 di Palembang, menyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara skala nyeri dan skor kecemasan sebelum dan setelah diberikan intervensi terapi relaksasi otot progresif dengan nilai  $p\text{-value} = 0,000$ . Sejalan dengan penelitian Nurkayatun and Fitriani tahun 2021 mendapatkan perlakuan intervensi Relaksasi otot Progresif sebanyak 3 kali dalam 3 hari berturut-turut didapatkan nilai  $p\text{ value} = 0,0000$  yang dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan terapi Relaksasi otot Progresif.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada tanggal 15 Mei – 16 Mei 2023 yang dilakukan diruangan onkologi kebidanan lantai 3 RSUP Dr. M. Djamil Padang selama dua hari terdapat 5 orang pasien dengan diagnosis kanker serviks.

Hasil observasi dan wawancara peneliti diruangan onkologi kebidanan lantai 3 RSUP Dr. M. Djamil Padang didapatkan bahwa masalah yang muncul pada pasien kanker serviks yaitu nyeri diperut bagian bawah, cemas karena akan menjalani tindakan operasi dan kemoterapi, mual dan muntah setelah kemoterapi. Upaya yang telah dilakukan perawat diruangan yaitu memberikan terapi obat oral maupun injeksi untuk mengurangi rasa nyeri, edukasi pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan, serta berkolaborasi dengan ahli gizi serta memfasilitasi pasien untuk memilih makanan yang disukai dan makanan yang tidak memperberat rasa mual.

Berdasarkan data diatas peneliti telah melakukan “penerapan teknik relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks dengan ansietas dan nyeri di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang”

## B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang diteliti bagaimana penerapan teknik relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023?

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Untuk menerapkan teknik relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

### 2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- b. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- e. mengevaluasi keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023
- f. Mendeskripsikan hasil penerapan teknik relaksasi otot progresif pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023

#### D. Manfaat Penulisan

##### 1. Manfaat aplikatif

Hasil tugas akhir ini dapat digunakan sebagai salah satu terapi non farmakologis pada pasien yang mengalami masalah tingkat kecemasan dan skala nyeri pada pasien kanker serviks dengan menerapkan teknik relaksasi otot progresif.

##### 2. Manfaat pengembangan keilmuan

Hasil tugas akhir ini dapat digunakan sebagai referensi oleh mahasiswa ataupun pendidikan, menjadi bahan bacaan, menambah wawasan ilmu pengetahuan, dan menjadi gambaran bagi perawat dalam memberikan penerapan relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan kanker serviks dengan ansietas dan nyeri.



## **BAB II TINJAUAN LITERATUR**

### **A. Konsep Kanker Leher Rahim (Serviks)**

#### **1. Definisi**

Servik merupakan bagian terendah dari rahim/uterus yang menonjol ke vagina bagian atas. Bagian atas vagina berakhir di dan mengelilingi leher rahim sehingga leher rahim tersebut terbagi menjadi bagian atas atau supravaginal dan bagian bawah atau bagian vaginal yang biasa disebut porsio. Leher rahim merupakan bagian yang terpisah dari rahim dan biasanya berbentuk silinder dan panjangnya 2,5-3 cm dan mengarah ke belakang dan bawah (Irwan, 2016)

Bagian dari luar vagina yang juga disebut ektoserviks dibatasi oleh fornix kanan, kiri, depan, dan belakang ditutupi oleh epitel skuamosa yang terlihat mengkilat dan berwarna merah muda. Di bagian tengah leher rahim terdapat satu lubang yang disebut mulut leher rahim yang seolah-olah membagi leher rahim menjadi bibir depan dan bibir belakang dengan mulut leher rahim dalam, mulut leher rahim luar dihubungkan oleh kanalis servikalis yang ditutupi epitel endoservik (Irwan, 2016).

Sesuai dengan namanya, kanker leher rahim adalah kanker yang terjadi pada serviks uterus, suatu daerah pada rongga reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina). Kanker ini biasanya terjadi pada wanita yang telah berumur, tetapi bukti statistik menunjukkan bahwa kanker leher rahim dapat juga menyerang wanita yang berumur antara 20 sampai 30 tahun (Irwan, 2016).

#### **2. Etiologi**

Pada umumnya, kanker bermula pada saat sel sehat mengalami mutasi genetik yang mengubahnya dari sel normal menjadi sel yang teratur. Sel kanker tumbuh dan bertambah banyak tanpa kontrol dan mereka tidak

mati. Adanya akumulasi sel abnormal akan membentuk suatu massa (tumor). Sel kanker menginvasi jaringan sekitar dan dapat berkembang dan tersebar di tempat lain di dalam tubuh (metastasis) (Irwan, 2016).

Kanker servik paling sering bermula dengan sel datar, tipis yang membentuk dasar servik (sel skuamosa). Karsinoma sel squamosal merupakan 80% dari kasus kanker servik. Kanker servik dapat juga terjadi pada sel kelenjar yang membentuk bagian atas dari servik. Dapat disebut dengan adenomacarcinoma. Prevalensi kanker ini 15% dari kanker servik. Kadang-kadang kedua tipe sel ditemukan pada kanker servik. Terdapat kanker lain pada sel lain di servik namun persentasenya sangat kecil. (Irwan, 2016).

Apa yang menyebabkan sel skuamos atau sel glandular menjadi abnormal dan berkembang menjadi kanker belum begitu jelas. Namun, telah jelas bahwa Human Papiloma Virus (HPV) pada infeksi menular seksual berperan. Bukti bahwa HPV ditemukan pada hampir semua kanker servik. Namun, HPV merupakan virus yang sangat umum dan kebanyakan wanita dengan HPV tidak pernah mengidap kanker serviks. Ini berarti factor risiko lainnya, seperti factor genetic, lingkungan, dan gaya hidup, juga menentukan apakah seseorang akan terkena kanker serviks (Irwan, 2016).

Infeksi HPV dapat terjadi saat hubungan seksual pertama, biasanya pada masa awal remaja dan dewasa. Prevalensi tertinggi (sekitar 20%) ditemukan pada wanita usia kurang dari 25 tahun. Pada wanita usia 25-55 tahun dan masih aktif berhubungan seksual berisiko terkena kanker servik sekitar 5-10%. Dari 100 tipe HPV, hanya 30 diantaranya yang berisiko kanker servik. Tipe yang paling berisiko adalah HPV 16, 18, 31, dan 45. Tipe 16 biasa ditemukan di wilayah seperti Eropa, Amerika Serikat, dan tipe 18 lebih banyak di Asia (Irwan, 2016).

Kanker serviks dapat dicegah dengan menghindari penyebab utamanya, yaitu infeksi HPV. Penggunaan kondom yang benar sangat efektif melawan penyakit menular seksual (PMS), seperti gonorrhea dan HIV yang menyebar melalui kontak antar kulit kelamin seperti herpes dan HPV. Kondom memiliki keterbatasan melindungi area yang bias menularkan HPV, seperti vulva, anus, perinela, dasar penis, dan skrotum. Penggunaan spermisida juga tidak dapat mencegah penyebaran HIV. Studi lab memperlihatkan, spermisida gagal membunuh HPV (Irwan, 2016).

Layaknya semua kanker, kanker leher rahim terjadi ditandai dengan adanya pertumbuhan sel-sel pada leher rahim yang tidak lazim (abnormal). Tetapi sebelum sel-sel tersebut menjadi sel-sel kanker, terjadi beberapa perubahan yang dialami oleh sel-sel tersebut. Perubahan sel-sel tersebut biasanya memakan waktu sampai bertahun-tahun sebelum sel-sel tadi berubah menjadi sel-sel kanker. Selama jeda tersebut, pengobatan yang tepat akan segera dapat menghentikan sel-sel yang abnormal tersebut sebelum menjadi sel kanker (Irwan, 2016).

### 3. Faktor risiko

Faktor-faktor dibawah ini dapat meningkatkan risiko terkena kanker serviks :

- a. Banyak partner seks. Semakin banyak jumlah partner seks, semakin besar kemungkinan untuk terkena HPV.
- b. Aktivitas seks dini. Melakukan hubungan seks sebelum umur 18 tahun meningkatkan risiko untuk terkena HPV. Sel imatur cenderung lebih rentan untuk mendapatkan perubahan pre-kanker yang disebabkan oleh HPV.
- c. Infeksi menular seksual lainnya (IMS). Jika pasien memiliki IMS lainnya seperti, Clamydia, gonorrhea, syphilis atau HIV/AIDS pasien akan memiliki kemungkinan yang terbesar terkena HPV.

- d. Imun system menurun. Kebanyakan wanita yang terinfeksi HPV tidak terkena kanker servik. Namun, jika seseorang terkena HPV dan system imunnya menurun akibat keadaan medis lainnya, maka kecenderungan untuk berkembangnya kanker servik semakin besar.
- e. Merokok. Mekanisme pasti yang menghubungkan antara rokok dengan kanker serviks juga belum diketahui dengan jelas, namun merokok meningkatkan perubahan pre-kanker dan terjadi pada servik. Merokok dan infeksi HPV dapat membuat kemungkinan kanker servik semakin meningkat tinggi (Irwan, 2016).

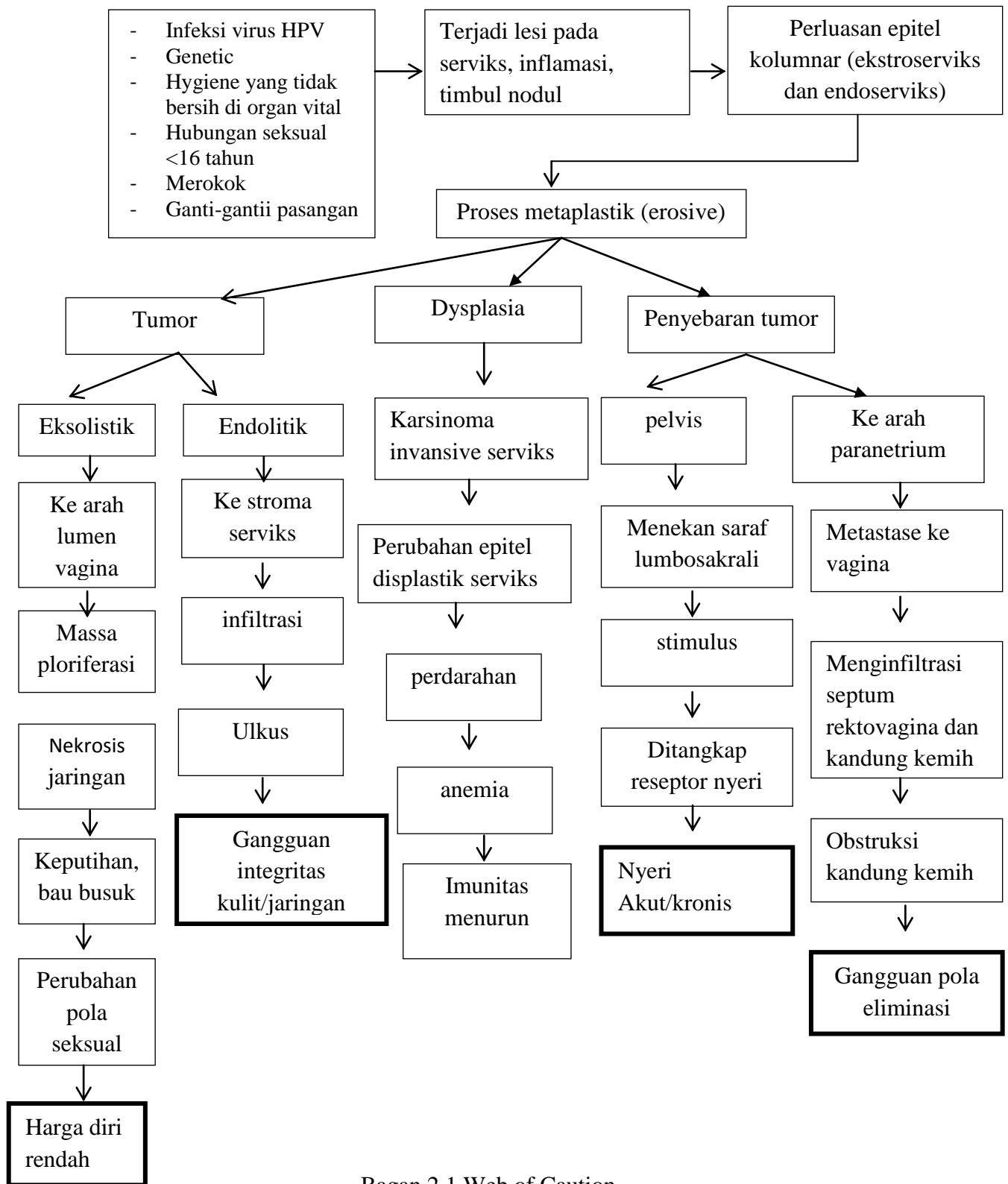
#### 4. Pathogenesis

Perubahan awal yang terjadi pada sel rahim tidak selalu merupakan suatu tanda-tanda kanker. Pemeriksaan pap smear test yang teratur sangat diperlukan untuk mengetahui lebih dari adanya perubahan awal dari sel-sel kanker (Irwan, 2016).

Pasien mungkin saja tidak mengalami gejala kanker servik apapun, kanker servik dini biasanya tidak memberikan gejala dan tanda. Semakin kanker berkembang, semakin terlihatlah tanda dan gejala dari kanker. Gejala tersebut dapat berupa :

- a. Perdarahan vagina setelah berhubungan seks, atau diantara dua periode menstruasi, atau setelah menopause.
- b. Secret encer, disertai darah dapat berat dan memiliki bau yang busuk.
- c. Nyeri pinggang atau nyeri pada saat berhubungan seks.

5. WOC



Bagan 2.1 Web of Caution

## 6. Kemungkinan komplikasi

Penanganan untuk kanker servik invansive biasanya membuat seseorang tidak hamil. Pada beberapa wanita, terutama wanita yang muda dan yang belum memiliki keluarga. Infertilitas merupakan efek samping yang paling tidak disukai dari penataaksanaan. Jika pasien mengkhawatirkan tentang kemampuannya untuk dapat hamil, maka dokter perlu memberikan penjelasan tentang untung rugi dari penatalaksanaan tersebut dengan jelas (Irwan, 2016).

Untuk beberapa kelompok wanita dengan kanker servik dini, operasi aman dari fertilitas merupakan pilihan yang tepat. Prosedur operasi ini yaitu hanya dengan memindahkan servik dan jaringan limfatik (radikal trachelectomy) dapat mempertahankan uterus. Penelitian mengenai radika trachelectomy mengatakan bahwa kanker servik dapat ditangani dengan teknik ini, walaupun tidak semua wanita cocok dan beberapa risiko tambahan pada operasi ini. Kehamilan mungkin dapat terjadi namun terjadi peningkatan risiko yang bermakna terhadap insiden kelahiran premature dan keguguran (Irwan, 2016)

## 7. Pengobatan dan penatalaksanaan

Penatalaksanaan kanker servik yang terbatas hanya pada lapisan luar dari servik memerlukan penanganan untuk membuang area abnormal. Pada kebanyakan wanita pda situasi ini, tidak diperlukan penanganan tambahan. Prosedur untuk membuang kanker non invansif termasuk :

- a. *Biopsy cone*. Selama operasi ini, dokter menggunakan scalpel untuk mengambil selembur jaringan servik berbentuk cone dimana abnormalitas ditemukan
- b. Operasi laser. Operasi ini menggunakan gelombang sempit pada cahaya laser untuk membunuh sel kanker dan sel ppre-kanker
- c. *Loop Electrosurgical Exicision Prosedure (LEEP)*. Teknik ini menggunakan lintasan kabel untuk memberikan arus listrik yang memotong seperti pisau bedah dan mengambil sel dari mulut servik.

- d. Cryosurgery. Teknik yaitu dengan membekukan dan membunuh sel kanker dan pre-kanker
- e. Hysterectomy. Operasi besar ini termasuk membuang jaringan dari area kanker dan pre-kanker, servik, dan uterus. Hysterectomy biasanya dilakukan pada kasus yang dipilih dari kasus kanker servikal non invansif (Irwan, 2016).

Penanganan untuk kanker servik bergantung pada beberapa factor, termasuk stadium kanker, permasalahan medis lain yang mungkin dimiliki, dan pilihan pasien sendiri. Opsi penatalaksanaan terdiri dari :

a. Operasi

Operasi untuk mengambil uterus biasanya dilakukan untuk mengatasi stadium dini dari kanker servik. Hysterectomy sederhana yaitu membuang jaringan kanker, servik, dan uterus. Hysterectomy biasanya pilihan hanya kanker dalam stadium yang dini, invasi kurang dari 3 mm ke dalam servik. Hysterectomy radikal – membuang servik, uterus, bagian vagina, dan nodus limfe pada asre tersebut merupakan operasi standar dinamakan terdapat invasi lebih besar dari 3 mm kedalam servik dan tidak ada bukti adanya tumor pada dinding pelvis.

Hysterectomy dapat mengobati kanker servik stadium dini dan mencegah kanker kembali lagi, namun membuang uterus membuat pasien tidak mungkin hamil lagi. Efek samping sementara dari hysterectomy termasuk nyeri pelvis dan kesulitan dalam pencernaan dan urinasi (Irwan, 2016).

b. Radiasi

Terapi radiasi menggunakan energy tinggi untuk membentuk sel kanker. Terapi radiasi dapat diberikan secara eksternal atau internally (brachytherapy) dengan menempatkan alat diisi dengan material radioaktif yang akan ditempatkan di servik. Terapi radiasi sama efektifnya dengan operasi pada kanker servik stadium dini. Bagi

wanita dengan kanker servik yang lebih berat, radiasi merupakan penatalaksanaan terbaik (Irwan, 2016).

Kedua metode terapi radiasi ini dapat dikombinasikan. Terapi radiasi dapat digunakan sendiri dengan kemoterapi sebelum operasi untuk membunuh sel kanker lainnya yang masih hidup. Efek samping dari radiasi terhadap area pelvis termasuk nyeri lambung, mual, diare, iritasi kandung kemih, dan penyempitan vagina, dimana akan menyebabkan hubungan seks lebih sulit dilakukan. Wanita premenopausal dapat berhenti menstruasi sebagai akibat dari terapi radiasi (Irwan, 2016).

c. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan terapi kanker yang melibatkan penggunaan zat kimia ataupun obat-obatan yang bertujuan untuk membunuh sel kanker (Savitri, 2015).

a) Pemberian kemoterapi

Obat kemoterapi dapat diberikan pada pasien dalam bentuk intravena, intraarteri, peroral, intra rektal, intramuscular, dan subcutan. Pemberian kemoterapi selain dimaksudkan untuk pengobatan juga ditujukan untuk mengurangi massa dari sel kanker, memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup, dan mengurangi komplikasi penyakit kanker akibat metastasis.

Program kemoterapi yang harus dijalani oleh pasien tidak hanya satu kali, tetapi diberikan berulang selama enam kali siklus pengobatan dan jarak waktu antar siklus selama 21 hari. Pasien akan diberikan waktu istirahat diantara siklus untuk memberikan kesempatan pemilihan sel-sel yang sehat. Akan tetapi frekuensi dan durasi pengobatan bergantung pada beberapa factor seperti



jenis dan stadium kanker, kondisi Kesehatan pasien, jenis rejimen kemoterapi yang diberikan.

Rejimen kemoterapi yang biasa dipergunakan oleh dokter dalam memberikan pengobatan pada pasien kanker serviks yaitu paclitaxel dan cisplatin/corplatin (Firmana, 2017).

b) Efek samping kemoterapi

Efek samping kemoterapi menurut firmana (2017) yaitu :

1) Kelelahan

Kelelahan merupakan yang paling umum dirasakan oleh pasien setelah menjalani kemoterapi

2) Anemia

Anemia juga salah satu efek samping dari kemoterapi, banyak pasien setelah melakukan kemoterapi hemoglobinnya mengalami penurunan.

3) Leukopenia

Leukosit yang rendah memiliki resiko yang sangat tinggi untuk terjadinya infeksi. Jika leukosit pasien terlalu rendah kemoterapi mungkin perlu ditunda.

4) Trombositopenia

Trombositopenia dapat menyebabkan perdarahan yang terus-menerus/berlebihan, serta bisa menyebabkan perdarahan dibawah kulit.

5) Mual dan muntah

Lapisan saluran pencernaan juga sensitive terhadap kemoterapi. Tanpa obat-obatan pasien akan mengalami mual dan muntah.

6) Diare

Diare disebabkan karena kerusakan epitel saluran cerna sehingga absorbs tidak adekuat.

7) Alopecia

Kemoterapi akan menyebabkan kerontokan rambut. Hal ini disebabkan target kemoterapi untuk membunuh sel-sel kanker di dalam tubuh juga membuat sel-sel normal seperti folikel rambut juga terkena.

8) Kerusakan integritas kulit

Kemoterapi menyebabkan peningkatan pemanasan pada epidermis kulit sehingga menyebabkan kulit memerah dan kering.

9) Mulut kering, sariawan dan sakit tenggorokan.

Stomatitis atau peradangan pada mukosa mulut merupakan efek samping dari obat kemoterapi yang akan menyebabkan pasien sulit makan.

c) Jenis kemoterapi

Menurut Firmana (2017) terdapat 3 jenis kemoterapi yang dapat diberikan pada kanker yaitu :

- 1) Kemoterapi primer yaitu kemoterapi yang diberikan sebelum Tindakan medis seperti operasi atau radiasi.
- 2) Kemoterapi adjuvant yaitu kemoterapi yang diberikan sesudah Tindakan operasi dan radiasi. Tindakan ini bertujuan untuk menghancurkan sel-sel kanker yang masih tersisa atau metastasis kecil
- 3) Kemoterapi neoadjuvant yaitu kemoterapi yang diberikan sebelum Tindakan operasi dan radiasi yang kemudian dilanjutkan kembali dengan kemoterapi.

## B. Konsep Ansietas

### 1. Definisi

Kecemasan adalah suatu respon perasaan yang tidak terkendali. Kecemasan adalah respon terhadap ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, dan samar-samar. Kecemasan merupakan keadaan emosi dan pengalaman subjektif individu. Seorang perawat menilai

pasien cemas berdasarkan perilaku tertentu . penting untuk diingat bahwa kecemasan adalah bagian dari kehidupan sehari-hari (Sitohang et al).

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2019).

## 2. Jenis dan tingkat ansietas

Menurut Odehman 2020 tingkat kecemasan dibagi atas :

### a. Cemas ringan

Adalah berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Kecemasan dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

### b. Cemas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.

### c. Cemas berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terlihat dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal ini. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.

### d. Panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan terror. Rincian terpecah dari proporsinya, karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi

kepribadian. Dengan panik, terjadi peningkatan aktivitas motoric, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsinya yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan. Jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

### 3. Tanda dan Gejala psikologis dan kognitif

Pengalaman kecemasan memiliki 2 komponen, yaitu kesadaran adanya sensasi fisiologis (seperti berdebar-debar dan berkeringat) dan kesadaran sedang gugup atau ketakutan. Disamping efek motoric dan visceral, kecemasan mempengaruhi berpikir, persepsi, dan belajar. Kecemasan cenderung menghasilkan kebingungan dan distorsi persepsi, tidak hanya pada ruang dan waktu tetapi pada orang dan arti peristiwa (Sitohang et al., n.d.)

Distorsi tersebut dapat mengganggu belajar dengan menurunkan kemampuan, memuaskan perhatian, menurunkan daya ingat, dan menunggu kemampuan untuk menghubungkan sesuatu hal dengan yang lain yaitu untuk membuat asosiasi. Orang yang kecemasan cenderung memilih benda tertentu di dalam lingkungannya dan tidak melihat yang lainnya untuk membuktikan bahwa mereka benar-benar dalam memperlihatkan situasi yang menakutkan dan berespon dengan tepat (Sitohang et al., n.d.)

Menurut (SDKI, 2016) tanda dan gejala kecemasan sebagai berikut :

Tabel 2.1 Gejala dan tanda mayor

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang sulit berkonsentrasi	1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur

Tabel 2.2 Gejala dan tanda minor

<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Frekuensi tekanan darah meningkat 4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih

#### 4. Rentang respon kecemasan

##### a. Respons adaptif

Respon adaptif adalah respon individu dalam menyelesaikan masalah dengan cara yang dapat diterima oleh norma masyarakat (Stuart, 2006 dalam Sitohang et al).

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menagis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

##### b. Respons maladaptive

Respon maladaptive adalah respon individu dan menyelesaikan masalah menyimpang dari norma-norma social dan budaya. Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan lainnya. Koping maladaptive mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alcohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang (Sitohang et al).

## 5. Skala Ansietas Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Ansietas dapat diukur dengan pengukuran tingkat Ansietas menurut alat ukur Ansietas yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran Ansietas yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami Ansietas, terdapat 14 *symptom* yang ada pada skala HARS, setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (nol persen) sampai dengan 4 (*severe*) (Wijayanti, 2022).

Skala HARS diperkenalkan oleh Max Hamilton pada tahun 1959 dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran Ansietas terutama pada studi Empiris *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas tinggi untuk melakukan pengukuran Ansietas pada *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran Ansietas dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel (Wijayanti, 2022).

Skala HARS menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) yang dikutip dalam (Wijayanti, 2022) terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan cemas (ansietas) yang ditandai dengan cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan yang ditandai dengan merasa tegang, lesu, tidak dapat istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
- c. Ketakutan ditandai dengan ketakutan pada gelap, ketakutan ditinggal sendiri, ketakutan pada orang asing, ketakutan pada binatang besar, ketakutan pada keramaian lalu lintas, ketakutan pada kerumunan orang banyak.
- d. Gangguan tidur ditandai dengan sukar masuk tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan.

- e. Gangguan kecerdasan ditandai dengan sukar konsentrasi, daya ingat buruk, daya ingat menurun.
- f. Perasaan depresi ditandai dengan kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, kurangnya kesenangan pada hobi, perasaan berubah sepanjang hari.
- g. Gejala somatik ditandai dengan nyeri pada otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- h. Gejala sensorik ditandai dengan tinnitus, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
- i. Gejala kardiovaskuler ditandai oleh takikardia (denyut jantung cepat), berdebar-debar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lesu/lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang berhenti sekejap.
- j. Gejala pernapasan ditandai dengan rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, merasa nafas pendek/sesak, sering menarik nafas panjang.
- k. Gejala gastrointestinal ditandai dengan sulit menelan, mual, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum dan setelah makan, rasa panas di perut, perut terasa kembung atau penuh, muntah, buang air besar lembek, kehilangan berat badan, sukar buang air besar (konstipasi).
- l. Gejala urogenital ditandai oleh sering buang air kecil, tidak dapat menahan kencing, tidak datang bulan (tidak haid), darah haid berlebihan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid), ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impoten.
- m. Gejala otonom ditandai dengan mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, kepala terasa berat, bulu-bulu berdiri.

n. Perilaku sewaktu wawancara ditandai dengan gelisah, tidak tenang, jari gemetas, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat, muka merah.

Penilaian Ansietas adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0 = tidak ada gejala sama sekali

1 = satu dari gejala yang ada

2 = sedang/separuh gejala yang ada

3 = berat/lebih dari ½ gejala yang ada

4 = sangat berat semua gejala ada

Tabel 2.3 Skala HARS

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat Buruk - Takut Akan Pikiran Sendiri - Mudah Tersinggung					
2	Ketegangan - Merasa Tegang - Lesu - Tak Bisa Istirahat Tenang - Mudah Terkejut - Mudah Menangis - Gemetar - Gelisah					
3	Ketakutan - Pada Gelap - Pada Orang Asing - Ditinggal Sendiri - Pada Binatang Besar - Pada Keramaian Lalu Lintas - Pada Kerumunan Orang Banyak					



4	<p>Gangguan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sukar Masuk Tidur</li> <li>- Terbangun Malam Hari</li> <li>- Tidak Nyenyak</li> <li>- Bangun dengan Lesu</li> <li>- Banyak Mimpi-Mimpi</li> <li>- Mimpi Buruk</li> <li>- Mimpi Menakutkan</li> </ul>					
5	<p>Gangguan Kecerdasan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sukar Konsentrasi</li> <li>- Daya Ingat Buruk</li> </ul>					
6	<p>Perasaan Depresi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilangnya Minat</li> <li>- Berkurangnya Kesenangan Pada Hobi</li> <li>- Sedih</li> <li>- Bangun Dini Hari</li> <li>- Perasaan Berubah-Ubah Sepanjang Hari</li> </ul>					
7	<p>Gejala Somatik (Otot)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit dan Nyeri di Otot-Otot</li> <li>- Kaku</li> <li>- Kedutan Otot</li> <li>- Gigi Gemerutuk</li> <li>- Suara Tidak Stabil</li> </ul>					
8	<p>Gejala Somatik (Sensorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinitus</li> <li>- Penglihatan Kabur</li> <li>- Muka Merah atau Pucat</li> <li>- Merasa Lemah</li> <li>- Perasaan ditusuk-Tusuk</li> </ul>					
9	<p>Gejala Kardiovaskuler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Takhikardia</li> <li>- Berdebar</li> <li>- Nyeri di Dada</li> <li>- Denyut Nadi Mengeras</li> <li>- Perasaan Lesu/Lemas Seperti Mau Pingsan</li> <li>- Detak Jantung Menghilang (Berhenti Sekejap)</li> </ul>					
10	<p>Gejala Respiratori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasa Tertekan atau Sempit Di Dada</li> <li>- Perasaan Tercekik</li> <li>- Sering Menarik Napas</li> <li>- Napas Pendek/Sesak</li> </ul>					

11	<p>Gejala Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulit Menelan</li> <li>- Perut Melilit</li> <li>- Gangguan Pencernaan</li> <li>- Nyeri Sebelum dan Sesudah Makan</li> <li>- Perasaan Terbakar di Perut</li> <li>- Rasa Penuh atau Kembung</li> <li>- Mual</li> <li>- Muntah</li> <li>- Buang Air Besar Lembek</li> <li>- Kehilangan Berat Badan</li> <li>- Sukar Buang Air Besar (Konstipasi)</li> </ul>					
12	<p>Gejala Urogenital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sering Buang Air Kecil</li> <li>- Tidak Dapat Menahan Air Seni</li> <li>- Amenorrhoe</li> <li>- Menorrhagia</li> <li>- Menjadi Dingin (Frigid)</li> <li>- Ejakulasi Praecoocks</li> <li>- Ereksi Hilang</li> <li>- Impotensi</li> </ul>					
13	<p>Gejala Otonom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulut Kering</li> <li>- Muka Merah</li> <li>- Mudah Berkeringat</li> <li>- Pusing, Sakit Kepala</li> <li>- Bulu-Bulu Berdiri</li> </ul>					
14	<p>Tingkah Laku Pada Wawancara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah</li> <li>- Tidak Tenang</li> <li>- Jari Gemetar</li> <li>- Kerut Kening</li> <li>- Muka Tegang</li> <li>- Tonus Otot Meningkatkan</li> <li>- Napas Pendek dan Cepat</li> <li>- Muka Merah</li> </ul>					

SKOR TOTAL =

Penentuan derajat Ansietas dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

Skor kurang dari 14 = tidak ada Ansietas

Skor 14-20 = Ansietas ringan

Skor 21-27 = Ansietas sedang

Skor 28-41 = Ansietas berat

Skor 42-56 = Ansietas berat sekali/panik

(Sumber : (Wijayanti, 2022))

### C. Konsep Nyeri

#### a. Definisi

Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan (Nurhanifah & Sari, 2022)

#### b. Klasifikasi nyeri

##### 1) Nyeri akut

Persepsi nyeri merupakan sensasi yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan pengalaman emosional menyusul adanya kerusakan jaringan yang nyata. Keadaan nyeri seperti ini disebut sebagai nyeri akut, penyebabnya biasanya diketahui, dapat terjadi pada pasca operasi, trauma, proses penyakit sebelumnya dengan durasi relative pendek, dan bila penyebabnya dihilangkan maka nyeri juga akan sembuh sendirinya, nyeri ini lebih dikenal dengan simtomatik. Nyeri akut dibagi sebagai berikut :

- a) Pertama, nyeri yang muncul pada pasien, dimana sebelumnya tidak ada nyeri kronik. Untuk pasien nyeri akut tipe ini, pengobatan ditujukan terhadap nyeri dan penyebabnya.
- b) Nyeri yang datang tiba-tiba pada pasien yang sebelumnya sudah menderita nyeri kronik akan tetapi nyeri akut tidak

berhubungan dengan nyeri kronik. Misalnya pasien dengan nyeri kanker yang diderita selama ini, kemudian menderita patah tulang tanpa berhubungan dengan kankernya, dan mengalami nyeri. Keadaan seperti ini selain pengobatan untuk nyeri yang lama, perlu ditambahkan analgetik yang sesuai untuk patah tulang.

- c) Nyeri akut yang merupakan eksaserbasi nyeri kronik yang selama ini diderita oleh pasien. Misalnya, seorang pasien dengan nyeri kanker kronik dan mengalami nyeri patah tulang karena memberatnya penyakit. Oleh karena itu, kecemasan sangat mempengaruhi intensitas nyeri. Untuk kasus seperti ini, terapi ditujukan untuk menurunkan kecemasan yang dapat berupa dukungan emosional (Nurhanifah & Sari, 2022)

## 2) Nyeri Kronis

Perasaan yang sama dapat terjadi tanpa disertai dengan kerusakan jaringan yang nyata (*pain without nociception*), keadaan nyeri seperti ini disebut dengan nyeri kronis. Penyebabnya sering sulit diketahui, biasanya disertai oleh penyakit sebelumnya atau *injury* misalnya remathoid arthritis, osteoarthritis, nyeri tulang belakang, nyeri bahu, kanker, nyeri tetap terjadi meskipun telah terjadi penyembuhan jaringan dalam waktu > 3 bulan, durasi panjang, dan nyeri ini lebih dikenal dengan “penyakit”. Tujuan penanganan nyeri pada nyeri kronis adalah mengontrol nyeri, bukan menyembuhkan nyeri. Nyeri kronis dapat berupa :

### D. Konsep asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks

#### 1. Pengkajian Keperawatan

##### 1) Karakteristik pasien

Kelompok usia 30 sampai 50 tahun sangat rentan terkena kanker serviks dan usia pertama kali melakukan hubungan seksual yang kurang dari 16 tahun juga sangat berdampak

menderita kanker serviks (Prawihardjo, 2014)

2) Riwayat kesehatan

Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya datang dengan keluhan, mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, berat badan menurun, kerontokan dan anemia (Padila, 2012)

3) Riwayat obstetri dan ginekologi

Pasien kanker serviks cenderung memiliki jarak paritas yang dekat, menstruasi yang lama, darah dan warna menstruasi yang abnormal, serta darah yang keluar setelah koitus. Perubahan pola seksual, terjadinya keputihan (jumlah, karakteristik, bau) (Padila, 2015).

4) Aktivitas harian

Pasien dengan kanker serviks post kemoterapi cenderung mengalami kelemahan akibat anemia, perubahan pola istirahat dan kebiasaan tidur pada malam hari, adanya faktor pemberat seperti nyeri, ansietas dan keringat malam, serta pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan dan tingkat stres yang tinggi. Pasien dengan kanker serviks post kemoterapi cenderung mengalami perubahan pola defekasi, eliminasi urinalis, seperti nyeri dan diare. Selain itu, kebiasaan diet yang buruk (misalnya: rendah serat, tinggi lemak, adiktif, bahan pengawet). Pasien dengan kanker serviks post kemoterapi cenderung mengalami perubahan personal hygiene diakibatkan perasaan malas untuk bergerak karena lelah. Kebiasaan personal hygiene yang buruk terutama pada saluran urogenital.

5) Riwayat psikologis

Pada wanita yang menderita kanker serviks post kemoterapi masalah harga diri dan citra tubuh dapat muncul pada mereka yang terdiagnosis kanker dan sering timbulnya perasaan tidak terima oleh pasangan karena pasien dengan kanker serviks dilarang untuk berhubungan seksual. Kondisi ini mengakibatkan terjadinya gangguan konsep diri seperti gangguan peran sebagai istri dan gangguan citra tubuh (Reeder et al., 2014)

6) Riwayat spiritual

Pasien kanker serviks post kemoterapi cenderung memiliki perasaan tidak percaya dengan penyakitnya, keyakinan religius atau spiritual yang kurang. Pasien merasa takut penyakitnya yang akan menimbulkan kondisi yang membahayakan hidupnya.

7) Riwayat sosial ekonomi

Kanker serviks sering ditemukan pada kelompok sosial ekonomi yang rendah, berkaitan erat dengan kualitas dan kuantitas makanan atau gizi yang dapat mempengaruhi imunitas tubuh, serta tingkat personal hygiene terutama kebersihan dari saluran urogenital. Pasien dengan kanker serviks cenderung mengalami ketidaknyamanan dalam bersosialisasi, perasaan malu dengan lingkungan, dan perasaan acuh.

8) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Pasien dengan kanker serviks post kemoterapi cenderung terlihat lemah dan mengalami peningkatan tekanan darah serta nadi jika merasakan nyeri (Padila, 2012).

b) Kepala dan wajah

Rambut pasien kanker serviks post kemoterapi cenderung mengalami kerontokan, wajahnya terlihat pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir tampak pucat, terdapat pembesaran kelenjer getah bening pada stadium lanjut (Savitri, 2015)

c) Dada (thorax)

Keadaan dada kanker serviks post kemoterapi cenderung normal, namun kemungkinan mengalami sesak nafas karena nyeri yang dirasakan (Savitri, 2015).

d) Abdomen

Adanya nyeri abdomen dan nyeri dibagian punggung bawah akibat tumor menekan saraf lumbosakralis (Padila, 2012).

e) Ekstremitas

Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami kesemutan atau pada tangan dan kaki (Savitri, 2015).

9) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan hematologi

Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami anemia karena penurunan haemoglobin, nilai normalnya hemoglobin wanita (12-16 gr/dl), Ht, leukosit, trombosit, LED, SGOT, SGPT, ureum, kreatinin, kalsium, dan lain-lain.

b) Sitologi dengan cara pemeriksaan koloskopi, servikografi, pemeriksaan visual langsung, gineskopi (Padila, 2015).

## 2. Diagnosis Keperawatan yang mungkin Muncul

Diagnosis keperawatan merupakan dasar dalam menyusun rencana tindakan keperawatn dari masalah pasien baik nyata maupun potensial berdasarkan data yang diperoleh, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas kewenangan perawat untuk melakukannya (Siregar, et al 2021). Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul menurut SDKI (2016-2017) yaitu:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pendera fisik
- 2) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
- 3) Nausea berhubungan dengan agen farmakologis
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
- 5) Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- 6) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan kemoterapi

## 3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosis keperawatan	Tujuan/kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan  Penyebab : 1. Agen pencedera	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Kesulitan tidur menurun e. Frekuensi nadi membaik f. Pola napas membaik	Manajemen Nyeri Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang



	fisiologis 2. Agen pencedera kimiawi 3. Agen pencedera fisik		nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri dan kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementeryang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik : 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetic secara teratur 5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
	Nyeri kronis : pengalaman	Setelah dilakukan intervensi keperawatan	Manajemen Nyeri Observasi :

	<p>sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi muskuloskeletal kronis</li> <li>2. Kerusakan sistem saraf</li> <li>3. Penekanan saraf</li> <li>4. Infiltrasi tumor</li> <li>5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>6. Gangguan imunitas</li> <li>7. Gangguan fungsi metabolik</li> <li>8. Riwayat posisi kerja statis</li> <li>9. Peningkatan indeks massa tubuh</li> <li>10. Kondisi pasca trauma</li> </ol>	<p>diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan nyeri menurun</li> <li>b. Meringis menurun</li> <li>c. Sikap protektif menurun</li> <li>d. Kesulitan tidur menurun</li> <li>e. Frekuensi nadi membaik</li> <li>f. Pola napas membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri dan kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor</li> </ol>
--	--	---	---

			<p>nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgetic secara terapt</p> <p>5. Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>
2.	<p>Nausea : perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan biokimia</li> <li>2. Gangguan pada esofagus</li> <li>3. Distensi lambung</li> <li>4. Gangguan pancreas</li> <li>5. Peredangan kapsul limpa</li> <li>6. Tumor terlokalisasi</li> <li>7. Peningkatan tekanan intraabdominal</li> <li>8. Peningkatan tekanan intracranial</li> <li>9. Peningkatan tekanan intraorbital</li> <li>10. Mabuk perjalanan</li> <li>11. aroma tidak sedap</li> <li>12. rasa makanan/minuman yang tidak enak</li> <li>13. stimulus penglihatan tidak menyenangkan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil (Hal 144):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nafsu makan meningkat</li> <li>b. Keluhan mual menurun</li> <li>c. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>d. Perasaan asam dimulut menurun</li> <li>e. Sensasi panas menurun</li> <li>f. Sensasi dingin menurun</li> <li>g. Diaphoresis menurun</li> <li>h. Jumlah saliva menurun</li> <li>i. Pucat membaik</li> <li>j. Takikardia membaik</li> <li>k. Dilatasi pupil membaik (L.08065)</li> </ol>	<p>Manajemen mual</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, tanggung jawab peran dan tidur)</li> <li>3. Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>4. Monitor mual (misal. Frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)</li> <li>5. Monitor asupan nutrisi dan kalori</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kendalikan faktor penyebabmual</li> <li>2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</li> <li>3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>2. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi</li> </ol>

	14. factor psikologis 15. efek agen farmakologis 16. efek toksin		pemberian antipiretik bila perlu
3.	<p>Defisit nutrisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan menelan makanan</li> <li>2. Ketidakmampuan mencerna makanan</li> <li>3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</li> <li>4. Peningkatan kebutuhan metabolisme</li> <li>5. Factor ekonomi</li> <li>6. Factor psikologis</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</li> <li>3. Perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>4. Nyeri abdomen menurun</li> <li>5. Berat badan membaik</li> <li>6. Indeks massa tubuh membaik</li> <li>7. Frekuensi makan membaik</li> <li>8. Nafsu makan membaik</li> <li>9. Membrane mukosa membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhankalori dan jenis nutrient</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric tube</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6. Berikan suplemen makanan, <i>jika perlu</i></li> <li>7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupanoral dapat ditoleransi</li> </ol>

			<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu</i></li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i></li> </ol>
4.	<p>Ansietas : kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krisis situasional</li> <li>2. Kebutuhan tidak terpenuhi</li> <li>3. Krisis maturasional</li> <li>4. Ancaman terhadap konsep diri</li> <li>5. Ancaman terhadap kematian</li> <li>6. Kekhawatiran mengalami kegagalan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Konsentrasi membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>Terapi relaksasi otot progresif :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman</li> <li>2. Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks</li> <li>3. monitor adanya indicator tidak rileks</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi</li> <li>2. berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi yang nyaman</li> <li>3. hentikan sesi relaksasi secara bertahap</li> <li>4. beri waktu mengungkapkan perasaan terapi</li> </ol> <p>edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit</li> <li>2. anjurkan melakukan</li> </ol>

	<p>7. disfungsi sistem keluarga</p> <p>8. hubungan orang tua-anak tidak memuaskan</p> <p>9. factor keturunan</p> <p>10. penyalahgunaan zat</p> <p>11. terpapar bahaya lingkungan</p> <p>12. kurang terpapar informasi</p>		<p>relaksasi otot rahang</p> <p>3. anjurkan menengangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8 sampai 16 kali</p> <p>4. anjurkan focus pada sensai otot yang mengang</p> <p>5. anjurkan focus pada sensai otot yang rileks</p> <p>6. anjurkan bernapas dalam dan perlahan</p> <p>7. anjurkan berlatih diantara sesi regular dengan perawat</p>
5.	<p>Gangguan citra tubuh : perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan struktur/bentuk tubuh</li> <li>2. Perubahan fungsi tubuh</li> <li>3. Perubahan fungsi kognitif</li> <li>4. Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai</li> <li>5. Transisi perkembangan</li> <li>6. Gangguan psikososial</li> <li>7. Efek Tindakan/pengobatan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun</li> <li>2. Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain menurun</li> <li>3. Melihat bagian tubuh membaik</li> <li>4. Menyentuh bagian tubuh membaik</li> </ol>	<p>Promosi citra tubuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang menyebabkan isolasi sosial</li> <li>3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</li> <li>b. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> <li>c. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</li> </ol>

#### d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi (Hariati et al., 2022). Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hariati et al., 2022).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Hariati et al., 2022). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- 1) Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- 2) Diagnosis keperawatan
- 3) Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- 4) Tanda tangan perawat pelaksana

#### e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi (Hariati et al., 2022).

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan

tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan (Hariati et al., 2022). Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu :

- 1) Tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan
- 2) Diagnosis keperawatan
- 3) Evaluasi keperawatan



## B. Terapi Relaksasi Otot Progresif

### 1. Pengantar Jurnal

#### 1. Definisi Terapi relaksasi otot progresif

Terapi relaksasi otot progresif merupakan teknik relaksasi yang melibatkan ketegangan dan relaksasi yang melibatkan ketegangan dan relaksasi otot satu per satu, memfokuskan perhatian pada perbedaan antara relaksasi otot dan ketegangan otot (Yudono, 2019). Terdapat beberapa indikasi dalam terapi relaksasi otot progresif yaitu sebagai berikut :

- 1) Sebagai pereda nyeri pada penyakit fisik dengan meningkatkan fungsi beta-endorfin untuk meningkatkan imunitas seluler.
- 2) Manajemen stress dengan cara mengencangkan dan mengendurkan otot-otot pada tubuh.
- 3) Penatalaksanaan insomnia penatalaksanaan insomnia dengan mengurangi gelombang alfa otak.

Beberapa hal juga dapat menjadi kontra indikasi latihan relaksasi otot progresif antara lain yaitu :

- 1) Cedera atau ketidaknyamanan muskuloskeletal akut
- 2) Infeksi atau peradangan
- 3) Penyakit jantung berat atau akut
- 4) Relaksasi otot tidak dilakukan pada sisi otot yang sakit  
(Syisnawati et al, 2017)

#### 2. Aplikasi dan dosis relaksasi otot progresif

- 1) Terapi relaksasi otot progresif dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan professional termasuk perawat, psikologis klinis, hipnoterapis, guru yoga dan professional lainnya. Pelatihan dapat dilakukan dalam kelompok atau individu dalam satu atau lebih sesi melalui CD atau rekaman audio.
- 2) Kursus pelatihan dapat ditawarkan sebelum, selama atau setelah perawatan atau prosedur medis. Sesi PMR biasanya berlangsung 20 sampai 30 menit, tetapi tidak standar dan

karena itu bervariasi dalam durasi, frekuensi, dan jumlah kelompok otot yang terlibat, dan mungkin termasuk teknik pernapasan dalam.

- 3) Untuk hasil yang maksimal, dianjurkan untuk melakukan PMR dua kali sehari selama 10 sampai 20 menit pada waktu yang bersamaan. Latihan relaksasi dianjurkan ketika ada tidak lapar dan perut tidak terlalu kenyang (Nuwa,2018).

### 3. Manfaat terapi relaksasi otot progresif

Terapi relaksasi otot progresif bermanfaat untuk meningkatkan produksi serotonin dan melatonin serta menurunkan hormone stress kortisol. Melatonin dapat membuat tidur lebih nyenyak yang dibutuhkan tubuh untuk menghasilkan penyembuh alami berupa Human Growth Hormon sedangkan pengaruh serotonin berkaitan dengan suasana hati, hasrat seksual, tidur, memori, pengaturan suhu dan sifat social (Yudono et al, 2019).

### 4. Indikasi Relaksasi Otot Progresif

Relaksasi otot progresif dapat membantu mengurangi ketegangan otot, stress, menurunkan tekanan darah, meningkatkan imunitas, sehingga dapat meningkatkan status fungsional dan kualitas hidup meningkat. Teknik relaksasi ini telah menunjukkan manfaat dalam mengurangi Ansietas dan berkurangnya Ansietas tersebut berpengaruh terhadap gejala psikologis dan kondisi medis (Widiyono et al., 2022).

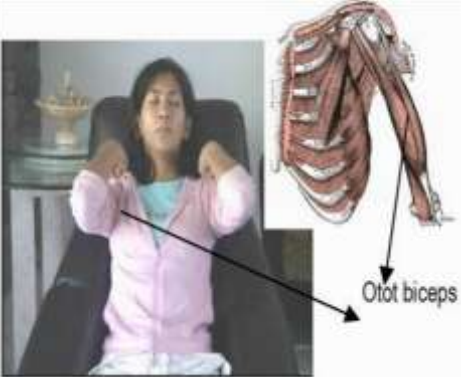


### 5. Kontraindikasi Relaksasi Otot Progresif

Ada beberapa hal yang menjadi kontraindikasi dalam latihan relaksasi otot progresif antara lain cedera akut atau ketidaknyamanan muskuloskeletal, dan penyakit jantung berat/akut (Widiyono et al., 2022).

## 6. Standar Operasional Prosedur Relaksasi Otot Progresif



Tabel 2.5 SOP Relaksasi Otot Progresif

Langkah	Gambar	Ceklist
<p><b>Gerakan 1</b> : ditujukan untuk melatih otot tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.</li> <li>2. Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.</li> <li>3. Pada saat kepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan relaks selama 10 detik.</li> <li>4. Gerakan pada tangan kiri dilakukan dua kali sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.</li> <li>5. Prosedur serupa juga dilatih pada tangan kanan.</li> </ol>		
<p><b>Gerakan 2</b> : ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit.</p>		

<p><b>Gerakan 3 :</b> ditujukan untuk melatih otot biceps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gengam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.</li> <li>2. Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.</li> </ol>		
<p><b>Gerakan 4 :</b> ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga.</li> <li>2. Fokuskan perhatian gerakan pada kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas, dan bahu.</li> </ol>		
<p><b>Gerakan 5 dan 6 :</b> ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti otot dahi, mata, rahang, dan mulut).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput.</li> <li>2. Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.</li> </ol>		

<p><b>Gerakan 7:</b> ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang.</p>	 <p>Otot rahang (7)</p>	
<p><b>Gambaran 8:</b> ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut. Bibir dimonyongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut.</p>	 <p>Otot mulut (8)</p>	
<p><b>Gerakan 9 :</b> ditujukan untuk merelaksasikan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan.</li> <li>2. Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat.</li> <li>3. Tekan kepala pada permukaan bantalan kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan di bagian belakang leher dan punggung atas.</li> </ol>		

<p><b>Gerakan 10 :</b> ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan membawa kepala ke muka.</li> <li>2. Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.</li> </ol>		
<p><b>Gerakan 11 :</b> ditujukan untuk melatih otot punggung.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angkat tubuh dari sandaran kursi.</li> <li>2. Punggung dilengkungkan.</li> <li>3. Busungkan dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks.</li> <li>4. Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lemas.</li> </ol>		
<p><b>Gerakan 12 :</b> ditujukan untuk melemaskan otot dada.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.</li> <li>2. Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.</li> <li>3. Saat ketegangan dilepaskan, lakukan napas normal dengan lega.</li> <li>4. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan rileks.</li> </ol>		

<p><b>Gerakan 13</b> : ditujukan untuk melatih otot perut.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tarik dengan kuat perut ke dalam.</li><li>2. Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.</li><li>3. Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut ini</li></ol>	 A person is sitting in a black office chair, leaning back. They are wearing a pink long-sleeved shirt and white pants. Their hands are resting on their thighs. The background shows a glass table with a decorative object on it.	
<p><b>Gerakan 14</b> : ditujukan untuk melatih otot-otot kaki seperti paha dan betis</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.</li><li>2. Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.</li></ol>	 A person is sitting in a black office chair, leaning back. They are wearing a pink long-sleeved shirt and white pants. Their feet are flat on the floor, and their legs are extended forward. The background shows a window with curtains and a potted plant.	

Sumber : (Widiyono et al., 2022)

## 2. Analisis Jurnal

Tabel 2.6 Analisis Jurnal Metode PICO

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	<i>Effect of Reflexology and Relaksasi otot progresif on Pain, Fatigue, and Quality of Life During Chemotherapy in Gynecologic Cancer Patiens</i> (Dikmen & Terzioqlu, 2018)	<i>The effectiveness of relaksasi otot progresif and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advance cancer patients : A multicenter randomized controlled non pharmacological trial</i> (Paolis et al., 2019)	<i>Pengaruh Relaksasi otot progresif Sebagai Penerapan Palliative Care Terhadap Nyeri dan Kecemasan Pasien Kanker Serviks</i> (Rahmania et al., n.d.)
Peneliti	Hacer Alan Dikmen dan Fuzun Terzioqlu	Giulia De Paolis, Alessia Naccarato, et al	Eka Nadya Rahmania, Jum Natosba, dan Karolin Adhistry
P (Problem/ population)	Populasi yaitu pasien yang didiagnosis kanker rahim, ovarium, dan serviks di kelas I-III dan diobati dengan kemoterapi siklus kedua dan ketiga. Pasien yang menerima terapi radiasi dikeluarkan dari penelitian.  Sampel penelitian yaitu 80 pasien dibagi 4 kelompok dengan masing-masing kelompok terdiri dari 20 pasien	Populasi yaitu semua orang yang menderita penyakit kanker dipilih secara acak  Sampel terdiri dari 94 pasien dengan 46 kelompok intervensi dan 45 sebagai	Sampel penelitian berjumlah 16 orang responden kanker serviks
I (Intervention)	Penelitian ini menggunakan <i>study Aim and Design</i> . Ini adalah studi terkontrol acak tunggal yang terdiri dari tiga kelompok intervensi dan satu kelompok control. Latihan refleksi dan PMR dilaksanakan	Metode penelitian ini menggunakan <i>case report</i> , dengan kriteria inklusi pasien yang sudah dirawat selama > 48 jam dan mengisi Formulir yang diberikan.	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan <i>pra eksperimental</i> dalam klasifikasi <i>one group pretest and posttest design</i> . Sampel penelitian berjumlah 16 orang responden kanker serviks



	dengan kunjungan rumah. Semua pasien diingatkan untuk tidak meminum analgesic secara oral 60 menit sebelum atau secara intravena 30 menit sebelum intervensi.		yang diambil dengan teknik <i>purposive sampling</i> . Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-April 2018 di Ruang Rambang 2.2 Instalasi Rawat Inap G RSUP dr.Mohammad Hoesin Palembang. Pemberian latihan PMR dilakukan secara rutin sebanyak 2 kali sehari selama 25-30 menit dalam waktu 5 hari.
C (Comparation)	Studi menyelidiki efek pijat refleksi (Hodgson & Lafferty, 2012 ; Kim & Oh, 2011) dan latihan PMR (Kwekkeboom, 2010 ; Lee et al, 2012) pada manajemen nyeri pad pasien kanker mendukung penelitian ini bahwa pijat refleksi dan latihan PMR menurunkan tingkat nyeri yang dirasakn oleh pasien.	<p>a. Dalam penelitian R. Sloman (2018) Intervensi <i>Relaksasi otot progresif</i> dan <i>guided imagery</i> memiliki dampak yang menguntungkan yaitu memberikan efek mengurangi rasa nyeri</p> <p>b. Dalam penelitan Charalambous et al (2016) <i>guided imagery</i> dan <i>Relaksasi otot progresif</i> terbukti efektif dalam mengurangi depresi dan kecemasan pada pasien kanker dan menginduksi perubahan kortisol pada saliva dan a-amilase</p>	sejalan dengan konsep Berek (2012) yang menyatakan nyeri kanker serviks biasanya dapat dirasakan di daerah pinggul atau yang terletak di dalam atau di pusat pelvis. Responden penelitian juga melaporkan bahwa nyeri yang dirasakan menyebar ke daerah paha. Nyeri kanker serviks menjalar ke sisi anterior sampai sisi medial dari paha yang dicurigai terjadinya kompresi nervus femoral sehingga dapat menambah keluhan rasa nyeri.
O (Outcome)	Hasil dari penelitian ini yaitu terdapat hubungan yang signifikan penurunan tingkat nyeri, kelelahan dan kualitas hidup pasien dengan latihan relaksasi otot progresif (PMR)	Hasil penelitian yaitu PMR dan Guided imagery terdapat hubungan yang signifikan pada semua stadium kanker, seperti mengurangi efek nyeri selesai kemoterapi dan meringankan gejala di akhir kehidupan.	Hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna skala nyeri dan skor kecemasan sebelum dan setelah dilakukan intervensi <i>Relaksasi otot progresif</i>

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain dan Jenis Penelitian**

Desain penelitian adalah perencanaan pemilihan jenis penelitian yang akan digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (P & Cahyanigrum, 2019). Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian observasional deskriptif berupa laporan kasus (*case report*). *Case report* adalah salah satu rancangan pada penelitian deskriptif yang mendokumentasi gambaran klinis yang mempunyai manifestasi yang tidak biasa atau jarang (Utarini et al., 2022)

Dalam penelitian ini, peneliti mendeskripsikan penerapan teknik progressive muscle relaxation dalam asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks di ruangan onkologi ginekologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023.

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023. Waktu penelitian dimulai bulan Maret sampai dengan Juni 2023. Waktu penerapan asuhan keperawatan mulai dari tanggal 15 Mei 2023 sampai 3 Juni 2023.

### **C. Metode pemilihan jurnal**

Pencarian jurnal menggunakan metode google, yaitu google scholar dan Elsevier. Kata kunci yang digunakan adalah *progressive muscle relaxation*, kanker serviks, nyeri dan kecemasan. Pembuatan karya ini menggunakan 3 jurnal sesuai dengan kriteria, tahun jurnal yang dibatasi dari 5 tahun terakhir yaitu 2018-2023.

## D. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah semua individu yang menjadi sumber pengambilan sampel, yang terdiri atas obyek/ subyek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Tarjo, 2019).

Populasi dalam penelitian ini yaitu semua pasien dengan kanker serviks yang berada di Ruang Onkologi di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023. Pada tanggal 15 – 16 Mei 2023 terdapat 5 pasien dengan kanker serviks dengan 2 pasien sudah menjalani radioterapi dan 1 pasien menjalani tindakan operasi, dan 1 dilakukan biopsi pengambilan jaringan.

### 2. Sampel

Sampel adalah sebagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya (Tarjo, 2019). Sampel pada penelitian ini adalah 2 orang klien dengan kanker serviks yang berada di Ruang Onkologi di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling*. *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kesesuaian dengan maksud dan tujuan penelitian (Sari et al., 2023).

Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

#### a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien bersedia menjadi responden
- 2) Pasien bisa berkomunikasi dengan baik dan kooperatif
- 3) Pasien yang menjalani kemoterapi
- 4) Pasien yang mengalami ansietas dan nyeri

#### b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang dirawat di isolasi

### **E. Instrumen pengumpulan data**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu format pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, stetoskop, dan thermometer.

1. Format pengkajian keperawatan yang terdiri dari: identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan hasil laboratorium. Pengkajian tingkat ansietas yaitu menggunakan kuesioner HARS. Sedangkan pada pengkajian nyeri menggunakan skala numeric dengan menanyakan langsung kepada pasien.
2. Format diagnosis keperawatan yang terdiri dari:  
Diagnosis keperawatan, tanggal munculnya masalah, tanggal teratasi masalah, dan tanda tangan.
3. Format intervensi keperawatan yang terdiri dari :  
Diagnosis keperawatan, rencana tindakan yang terdiri dari tujuan, kriteria evaluasi dan intervensi. Menilai skala nyeri yang dirasakan pasien menggunakan skala numeric.
4. Format implementasi keperawatan yang terdiri dari :  
Nama klien, hari, tanggal, jam, diagnosis keperawatan, dan implementasi keperawatan.
5. Format evaluasi keperawatan yang terdiri dari :  
Nama klien, hari, tanggal, jam, diagnosis keperawatan, dan implementasi keperawatan.

### **F. Jenis dan teknik pengumpulan data**

#### 1. Jenis data

##### a. Data primer

Data primer yaitu data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui sumber perantara) dan data yang dikumpulkan secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian yang sesuai dengan keinginan peneliti (Firdaus, 2021). Data primer

dari penelitian ini meliputi: identitas pasien, riwayat kesehatan, pola aktifitas sehari-hari dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data (Firdaus, 2021). Data pasien kanker servik diperoleh dari *medical record* RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder meliputi data rekam medis, terapi dokter dan data penunjang lainnya.

2. Teknik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti yaitu teknik pengumpulan data bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang telah ada. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data secara wawancara, observasi, pengukuran, dan studi dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara menurut (Handayani, 2023), merupakan teknik pengumpulan data dengan cara tanya jawab antara peneliti dengan narasumber untuk mendapatkan informasi. Peneliti juga dapat menggunakan alat bantu seperti kamera, alat tulis, dan lain sebagainya. Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian keperawatan mengenai tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan. Kuesioner HARS untuk menilai tingkat ansietas pasien. Sedangkan untuk menilai skala nyeri yaitu menggunakan skala numeric.

b. Pengamatan (Observasi)

Observasi merupakan kegiatan pengamatan terhadap suatu objek menggunakan panca indera. Observasi bertujuan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk suatu penelitian

(Handayani, 2023). Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi kondisi klien dengan melihat keadaan umum dan respon klien pada saat dilakukan wawancara.

c. Pengukuran

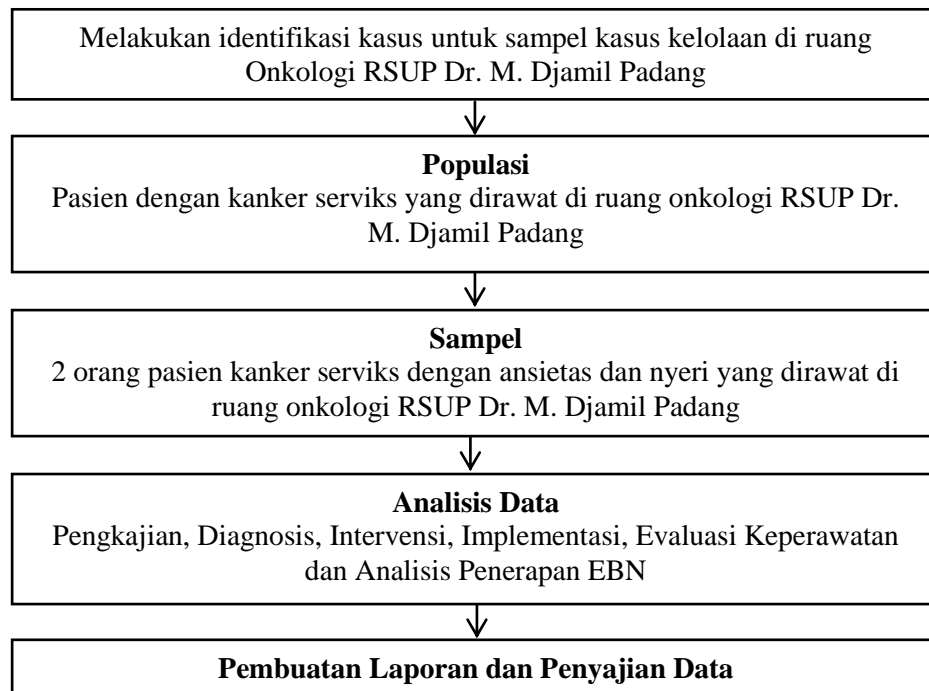
Pada pengukuran peneliti melakukan pemantauan kondisi pada partisipan dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti: alat ukur suhu tubuh (termometer) dan alat ukur tekanan darah (tensimeter).

d. Dokumentasi

Dokumentasi Studi dokumentasi juga dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data didapatkan dalam bentuk foto dan dokumen rekam medis.

## G. Prosedur Karya Tulis Akhir

Bagan 3.1 Prosedur Karya Tulis Akhir



## H. Prosedur Penelitian

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah:

1. Peneliti mengikuti LOI di ruangan Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang bersama pembimbing akademik dan pembimbing klinik.
2. Peneliti berkoordinasi dengan Kepala Ruang Ginekologi Onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk penentuan data dan sampel.
3. Melakukan pemilihan sampel sebanyak satu orang pasien kanker serviks post kemoterapi. Pemilihan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.
4. Terdapat dua orang pasien kanker serviks post kemoterapi yang memenuhi kriteria.
5. Merencanakan mengunjungi pasien serta keluarga untuk meminta kesediaan waktunya dan menjelaskan tentang tujuan penelitian.
6. Memberikan pasien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.
7. Peneliti meminta waktu pasien untuk melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian hingga evaluasi.
8. Melaksanakan terapi relaksasi otot progresif pada pasien selama masa rawatan pasien, terapi dilakukan 1 kali sehari pada pagi hari. Teknik relaksasi otot progresif difokuskan pada bagian yang nyeri pada pasien.
9. Peneliti melakukan terminasi dengan perawat ruangan, Kepala Ruang Ginekologi Onkologi, dan Kepala Instalasi Keperawatan Ruang Kebidanan RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## I. Analisa data

Analisa yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan konsep keperawatan pada klien dengan kanker serviks. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, merencanakan tindakan, melakukan

implementasi, sampai evaluasi hasil dari tindakan. Analisa yang dilakukan untuk menentukan bagaimana asuhan keperawatan secara mendalam terhadap klien dengan kanker serviks dan apakah ada kesesuaian antara konsep, hasil penelitian orang lain, dengan kondisi pasien.



## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. HASIL

#### 1. Pengkajian keperawatan

Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan Partisipan 1 dan Patrisipan 2

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas pasien	Seorang perempuan (ibu rumah tangga), Ibu S berusia 62 tahun, sudah menikah, pendidikan terakhir SMA, dengan diagnosis medis Ca serviks pro kemoterapi II	Seorang perempuan (PNS), Ibu W berusia 47 tahun, sudah menikah, pendidikan terakhir S1, dengan diagnosis medis Ca serviks residif pro kemoterapi I, Anemia (Hb 7,0)
Riwayat kesehatan (keluhan utama)	Ibu S masuk RSUP. Dr. M. Djamil Padang melalui poli onkologi pada tanggal 17 Mei 2023 jam 14.14 WIB dengan keluhan pasien rencana kemoterapi II	Ibu W masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui poli onkologi pada tanggal 19 Mei 2023 jam 09.00 WIB dengan keluhan nyeri pada perut bagian bawah dan pasien rencana kemoterapi I
Riwayat kesehatan sekarang	Pada saat pengkajian tanggal 18 mei 2023 jam 10.00 WIB. Pasien mengatakan nyeri dibagian ari-ari sampai ke pinggang, nyeri terasa seperti diremas-remas dan hilang timbul, skala nyeri 4. Pasien mengatakan nafsu makan menurun, tidur kurang, BAK sering, BAB encer. Pasien mengatakan cemas dengan efek samping kemoterapi pada dirinya, karena pada saat kemoterapi pertama pasien measakan mual muntah, nafsu makan berkurang dan rambut rontok. Keadaan pasien tampak lemah dan letih. Sementara, setelah kemoterapi dianjurkan banyak makan dan banyak mengkonsumsi air putih. Pengkajian tingkat kecemasan Ibu S dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.	Pada saat pengkajian tanggal 20 mei 2023 jam 10.00 WIB. Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang, nyeri memberat saat pasien duduk, skala nyeri 5. Pasien mengatakan cemas dan takut karena akan melakukan kemoterapi I, pasien cemas efek samping kedepannya setelah pasien kemoterapi, keadaan pasien tampak pucat, lemah dan letih. Pengkajian tingkat kecemasan Ibu W dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.

<p>Riwayat kesehatan dahulu</p>	<p>Ibu S mengatakan didiagnosis kanker serviks setelah melakukan biopsy pada awal tahun 2022, selanjutnya radioterapi 32x namun terdapat pertumbuhan lagi sehingga dianjurkan dokter untuk menjalani kemoterapi. Pasien juga mempunyai riwayat hipertensi.</p>	<p>Ibu W mengatakan pernah mengalami keputihan, dan keluar darah dari kemaluan hilang timbul sejak ± 7 bulan yang lalu. Ibu W mengatakan pada tanggal 17 Maret 2023 dilakukan pemeriksaan jaringan sampel melalui biopsi di RSUP Dr. M. Djamil Padang, pasien terdiagnosis kanker serviks, dan pada bulan 22 Mei 2023 Ibu S masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang dirawat untuk menjalani kemoterapi pertamanya.</p>
<p>Riwayat kesehatan keluarga</p>	<p>Ibu S mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama seperti dirinya, namun orang tua laki-laki Ibu S memiliki riwayat hipertensi.</p>	<p>Ibu W mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama seperti penyakitnya ataupun penyakit lainnya seperti hipertensi, jantung, diabetes mellitus dan penyakit lainnya.</p>
<p>Pola aktivitas sehari-hari</p>	<p>Makan/ minum :          Ibu S mengatakan di rumah makan 3 kali sehari dengan pola makan teratur, kadang-kadang Ibu S minum sekitar 2000 cc perhari, minum air putih, sesekali minum teh dan susu. Selama dirawat di rumah sakit Ibu S mengatakan tidak nafsu makan. Pola makan teratur 3 kali sehari hanya dihabiskan seperempat porsi saja. Diit yang diberikan makanan TKTP. Pasien minum sekitar 1000 cc perhari yaitu air putih dan susu.</p> <p>Istirahat dan pola tidur :          Ibu S mengatakan sebelum sakit dan selama sakit istirahat dan tidur baik, tidur sekitar 7-8 jam sehari.</p>	<p>Makan/ minum :          Ibu W mengatakan selama dirumah makan 3 kali sehari dengan pola makan teratur, kadang-kadang Ibu W makan mie instan, sarden atau makanan cepat saji lainnya. Ibu W minum sekitar 2500 cc perhari, minum air putih, sesekali minum teh dan pasien sering mengkonsumsi minuman botol seperti teh botol dan pocari. Selama dirawat di rumah sakit Ibu W mengatakan tidak nafsu makan. Pola makan teratur 3 kali sehari hanya dihabiskan setengah porsi saja. Diit yang diberikan makanan TKTP. Selain itu, pasien juga mengkonsumsi buah. Pasien minum sekitar 1000 cc perhari, hanya minum air putih.</p> <p>Istirahat dan pola tidur :          Ibu W mengatakan sebelum sakit, istirahat dan tidur baik, tidur sekitar 7-8 jam sehari. Selama sakit Ibu W mengatakan istirahat dan tidur kurang karena selama di</p>

	<p>Personal hygiene : Ibu S sebelum sakit mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri. Namun, selama sakit hanya mandi 1 kali sehari dan dibantu keluarga.</p> <p>Eliminasi : Sebelum sakit Ibu S mengatakan buang air kecil dan buang air besar lancar. Namun, buang air kecil cukup sering sekitar 9-10 kali dalam sehari, warnanya kuning. Buang air kecil 1 kali sehari, konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan</p>	<p>rumah sakit Ibu S susah tidur, Kualitas tidur kurang baik, tidurnya sekitar 5-6 jam sehari.</p> <p>Personal hygiene : Ibu W sebelum sakit mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri. Selama dirawat di rumah sakit Ibu W mandi 1 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri.</p> <p>Eliminasi : Sebelum sakit Ibu W mengatakan buang air besar dan buang air kecil lancar. buang air kecil sekitar 5-6 kali dalam sehari, warnanya kuning. buang air besar 2 kali sehari, konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan. Namun selama sakit ibu W mengatakan hanya buang air besar 1 kali.</p>
Pemeriksaan fisik	<p>Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 18 Mei 2023 didapatkan kesadaran compos mentis, tekanan darah 146/92 mmHg, frekuensi nadi 102 kali/menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi napas 21 kali/menit. Kondisi <b>kepala</b> rambut tampak berwarna hitam bercampur uban, bersih, dan rontok, tidak ada gangguan pendengaran, mata tidak cekung, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik. Mukosa tampak lembab, tidak sianosis. Pada <b>leher</b> tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. <b>Payudara</b> Ibu S tidak ada mengalami kelainan dan masalah. Pada pemeriksaan <b>abdomen</b> tidak tampak adanya perubahan warna kulit, bising usus 15 kali/menit, hepar dan limpa tidak teraba, terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah. <b>Ekstremitas</b></p>	<p>Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 19 Mei 2023 didapatkan kesadaran compos mentis, tekanan darah 128/80 mmHg, frekuensi nadi 96 kali/menit, suhu 37,1°C, dan frekuensi napas 19 kali/menit. Kondisi <b>kepala</b> normal, rambut bersih, tidak ada gangguan pendengaran, mata tidak cekung, konjungtiva tampak anemis, sclera tidak ikterik. Mukosa bibir tampak kering, pada <b>leher</b> tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid. Kondisi <b>payudara</b> Ibu W tidak ada mengalami kelainan atau masalah, pada pemeriksaan <b>abdomen</b> tidak ada distensi abdomen, tidak tampak perubahan warna kulit, bising usus</p>

	atas sebelah kiri terpasang IVFD NaCl 0,9 %, turgor kulit baik, CRT $\leq$ 2 detik. Pada ekstremitas bawah turgor kulit baik, CRT $\leq$ 2 detik, tidak terdapat edema. Genetalia tampak bersih.	normal 19 x/menit, hepar dan limpa tidak teraba, terdapat nyeri tekan dan terdapat luka bekas operasi. Pemeriksaan <b>ekstremitas</b> atas pada tangan sebelah kiri terpasang IVFD NaCl 0.9 %, turgor kulit agak kering, telapak tangan terasa kesemutan, CRT kembali dalam dua detik. Pada ekstremitas bawah turgor kulit agak kering, tidak ada udem, CRT kembali dalam dua detik. Pemeriksaan genetalia tampak bersih.
Riwayat haid/status ginekologi	Ibu S mengatakan haid pertamanya pada usia 12 tahun dengan siklus 5-7 hari. Ibu S mengatakan selama haid mengganti 2x pembalut dalam sehari. Warnanya dihari pertama merah kecoklatan, selanjutnya seperti darah segar dan terkadang keluar seperti gumpalan-gumpalan darah. Ibu S mengatakan tidak ada keluhan selama haid. Ibu S megatakan menopause di usia 50 tahun.	Ibu W mengatakan haid pertamanya usia 14 tahun dengan siklus haidnya selama 3-6 hari. Ibu W mengatakan selama haid, 3x ganti pembalut dalam sehari. Warnanya merah kecoklatan dan berbau amis. Ibu W mengatakan kadang-kadang terasa nyeri, upaya yang dilakukan hanya beristirahat saja. Ibu W mengatakan tidak ada keluhan lain yang dirasakan selama haid.
Riwayat Obsetric	Ibu S mengatakan mempunyai 3 orang anak. Anak yang pertama laki- laki berumur 40 tahun. Anak kedua perempuan berumur 35 tahun. Anak terakhir perempuan berumur 33 tahun. Selama kehamilan dan persalinan Ibu S mengatakan tidak ada masalah/keluhan.	Ibu W mengatakan hamil pertama umur 26 tahun. Ibu W sudah memiliki 2 orang anak. Anak pertama berumur 19 tahun anak ke dua umur 13 tahun. Ibu W mengatakan tidak ada masalah atau penyulit selama kehamilan. Ibu W mengatakan melahirkan anak pertama dan ke dua secara normal dengan bantuan bidan. Ibu W mengatakan tidak ada keluhan selama nifas dan menyusui anak selama 2 tahun. Ibu W mengatakan pernah menggukan KB dengan metoda pil selama 10 tahun.

Pemeriksaan penunjang	Berdasarkan hasil laboratorium tanggal 16 Mei 2023 didapatkan Hb 10,2 g/dL, Leukosit $7,65 \times 10^3/\text{mm}^3$ , trombosit $435 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hematokrit 33 %, eritrosit $3,48 \times 10^6/\mu\text{L}$	Berdasarkan hasil laboratorium tanggal 21 Mei 2023 didapatkan Hb 9,2 g/dL, Leukosit $11,34 \times 10^3/\text{mm}^3$ , trombosit $513 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hematokrit 30 %, eritrosit $3,27 \times 10^6/\mu\text{L}$  Hasil pemeriksaan laboratorium hematologi darah tanggal 22 Mei 2023 didapatkan Hb 10,8 g/dL, Leukosit $13,35 \times 10^3/\text{mm}^3$ , trombosit $537 \times 10^3/\text{mm}^3$ , hematokrit 32 %, eritrosit $3,80 \times 10^6/\mu\text{L}$
Terapi	Obat pariental : IVFD Nacl 0,9% 20 tetes/menit  Obat kemoterapi : Vincristin 2 mg, Bleomycin 15mg , Carboplatin 450 mg	Tranfusi PCR 1 unit  Obat pariental : IVFD Nacl 0,9% 20 tetes/menit  Obat kemoterapi : Vincristin 2 mg, Bleomycin 15mg , Carboplatin 450 mg

## 2. Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.2 Diagnosis Keperawatan pada Partisipan 1 dan partisipan 2

<b>Partisipan 1</b>	<b>Partisipan 2</b>
a. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan data subjektif Pasien mengatakan cemas dengan efek samping kemoterapi pada dirinya, karena pada saat kemoterapi pertama pasien merasakan mual muntah, nafsu makan berkurang dan rambut rontok. Sementara, setelah kemoterapi dianjurkan banyak makan dan banyak mengkonsumsi air putih. Data objektif yaitu berdasarkan Pengkajian tingkat kecemasan Ibu S dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.	a. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dengan data subjektif Pasien mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan karena Ibu W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya. Data objektif yaitu Pengkajian tingkat kecemasan dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang, Pasien tampak gelisah.

<p>b. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dengan data subjektif Pasien mengatakan nyeri dibagian ari-ari sampai ke pinggang, nyeri terasa seperti diremas-remas dan hilang timbul, skala nyeri 4. Data objektif pasien tampak meringis saat berubah posisi, pasien tampak gelisah, nadi 101 x/menit.</p> <p>c. Gangguan citra tubuh berhubungan efek tindakan/pengobatan dengan data subjektif pasien mengeluh rambut rontok setelah menjalani kemoterapi I pasien mengatakan tidak percaya diri lagi, karena rambut sudah mulai habis dan kepala tampak botak. Data objektif pasien tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur, pasien tampak enggan untuk memperlihatkan bagian kepalanya</p> <p>d. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis dengan data subjektif pasien mengeluh perasaan mual dan muntah setelah menjalani kemoterapi II pasien mengatakan badan terasa lemah dan merasa tidak berdaya, keluarga mengatakan pasien muntah <math>\pm</math> 500 ml. sementara, data objektif pasien tampak pucat, tampak cairan muntah pasien, tampak cairan muntah berisi makanan yang dimakan campur cairan lambung berwarna kuning</p>	<p>b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dengan data subjektif Pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah di luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk, terasa seperti ditusuk-tusuk dan ngilu, nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang, Skala nyeri, dan nyeri hilang timbul. Data objektif Pasien tampak meringis, tekanan darah 128/80 mmHg, frekuensi nadi 96 kali/menit, suhu 37,1 °C dan frekuensi napas 19 kali/menit.</p> <p>c. Keletihan berhubungan dengan kondisi fisio Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik logis dengan data subjektif pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih pasien merasa masih tidak ada tenaga walaupun sudah istirahat. Data objektif pasien tampak pucat dan lesu, Hb : 7,0 g/dL dan tekanan darah 128/80 mmHg</p>
---	---

## 3. Rencana keperawatan

Tabel 4.3 Rencana Keperawatan pada Partisipan 1 dan partisipan 2

<b>Partisipan 1</b>	<b>Partisipan 2</b>
<p><b>Intervensi 1 :</b>            Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, berdasarkan SLKI tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, dan pola membaik.</p> <p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu Terapi Relaksasi Otot Progresif : Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman, Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks, Monitor adanya indikator tidak rileks (adanya gerakan, pernafasan yang berat), Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi, Berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman, Hentikan sesi relaksasi secara bertahap, Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi, Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Anjurkan relaksasi otot rahang, Anjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali, Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram, Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang, Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks, Anjurkan bernafas dalam dan perlahan, Anjurkan berlatih di antara sesi regular dengan perawat.</p>	<p><b>Intervensi 1 :</b>            Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, berdasarkan SLKI tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, dan pola membaik.</p> <p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu Terapi Relaksasi Otot Progresif : Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman, Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks, Monitor adanya indikator tidak rileks (adanya gerakan, pernafasan yang berat), Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi, Berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman, Hentikan sesi relaksasi secara bertahap, Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi, Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Anjurkan relaksasi otot rahang, Anjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali, Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram, Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang, Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks, Anjurkan bernafas dalam dan perlahan, Anjurkan berlatih di antara sesi regular dengan perawat.</p>
<p><b>Intervensi 2 :</b>            Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor, berdasarkan SLKI tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun dan Frekuensi nadi membaik</p>	<p><b>Intervensi 2 :</b>            Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, berdasarkan SLKI tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun dan Frekuensi nadi membaik</p>

<p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu manajemen nyeri Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.</p>	<p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu manajemen nyeri Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.</p>
<p>Intervensi 3 : Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan berdasarkan SLKI citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun, Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain menurun, Melihat bagian tubuh membaik, dan Menyentuh bagian tubuh membaik</p> <p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu Promosi citra tubuh, identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, identifikasi perubahan citra tubuh yang menyebabkan isolasi social, monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, dan diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis.</p>	<p>Intervensi 3 : Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis berdasarkan SLKI keletihan membaik dengan kriteria hasil : Verbalisasi kepulihan energi tenaga meningkat, Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat, Motivasi meningkat, Verbalisasi lelah menurun, dan Lesu menurun</p> <p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu Edukasi aktivitas/istirahat identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya, jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik, anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, ajarkan mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</p>
<p>Intervensi 4 : nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis berdasarkan SLKI tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : Nafsu makan meningkat, Keluhan mual menurun, Perasaan ingin muntah menurun, Perasaan asam dimulut menurun dan Pucat membaik.</p> <p>Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) yaitu Manajemen mual. identifikasi pengalaman mual, identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, identifikasi faktor penyebab mual, monitor mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak.</p>	



## 4. Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Hari/ Tanggal	Partisipan 1 (Ibu S)	Hari/ Tanggal	Partisipan 2 (Ibu W)
<b>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</b>		<b>Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi</b>	
Kamis/ 18 Mei 2023  09.00- 09.30 WIB	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tingkat kecemasan menggunakan kuesioner skala HARS</li> <li>Mengidentifikasi tempat, lingkungan, posisi dan pakaian yang digunakan ( memasang sampiran, pasien duduk dengan bersandar di bed dengan posisi fowler, mengedukasi keluarga untuk mengontrol suara saat terapi dilakukan, pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar)</li> <li>Menganjurkan relaksasi otot rahang (pasien tampak merelaksasikan otot rahangnya)</li> <li>Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali (pasien mengikuti gerakan dengan baik)</li> <li>Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram (pasien meluruskan kakinya)</li> <li>Melakukan 14 langkah terapi relaksasi otot progresif selama 30-45 menit</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b> S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih merasa cemas, dan khawatir</li> </ul>	Sabtu/ 20 Mei 2023  10.00-10.30 WIB	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tingkat kecemasan menggunakan kuesioner skala HARS</li> <li>Mengidentifikasi tempat, lingkungan, posisi dan pakaian yang digunakan ( memasang sampiran, pasien duduk dengan bersandar di bed dengan posisi fowler, mengedukasi keluarga untuk mengontrol suara saat terapi dilakukan, pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar)</li> <li>Menganjurkan relaksasi otot rahang (pasien tampak merelaksasikan otot rahangnya)</li> <li>Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali (pasien mengikuti gerakan dengan baik)</li> <li>Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram (pasien meluruskan kakinya)</li> <li>Melakukan 14 langkah terapi relaksasi otot progresif selama 30-45 menit</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b> S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang</li> </ul>

	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala HARS : 27 (kecemasan sedang)</li> <li>- Pasien tampak sudah tidak gelisah, bingung</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- HR : 93 x/menit</li> <li>- TD : 137/87 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah ansietas teratasi belum teratasi P : intervensi terapi Relaksasi Otot Progresif dilanjutkan</p>		<p>akan dilakukan karena Ibu W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengkajian tingkat kecemasan dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang (24)</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah ansietas belum teratasi P : intervensi terapi Relaksasi Otot Progresif dilanjutkan</p>
<p>Jumat/ 19 Mei 2023</p> <p>09.00- 09.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tempat, lingkungan, posisi dan pakaian yang digunakan ( memasang sampiran, pasien duduk dengan bersandar di bed dengan posisi fowler, mengedukasi keluarga untuk mengontrol suara saat terapi dilakukan, pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar)</li> <li>2. Menganjurkan relaksasi otot rahang (pasien tampak merelaksasikan otot rahangnya)</li> <li>3. Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali (pasien mengikuti gerakan dengan baik)</li> <li>4. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram (pasien meluruskan kakinya)</li> <li>5. Melakukan 14 langkah terapi relaksasi otot progresif selama 30-45 menit</li> </ol>	<p>Senin/ 22 Mei 2023</p> <p>10.00-10.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tempat, lingkungan, posisi dan pakaian yang digunakan ( memasang sampiran, pasien duduk dengan bersandar di bed dengan posisi fowler, mengedukasi keluarga untuk mengontrol suara saat terapi dilakukan, pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar)</li> <li>2. Menganjurkan relaksasi otot rahang (pasien tampak merelaksasikan otot rahangnya)</li> <li>3. Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali (pasien mengikuti gerakan dengan baik)</li> <li>4. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram (pasien meluruskan kakinya)</li> <li>5. Melakukan 14 langkah terapi relaksasi otot progresif selama 30-45 menit</li> </ol>

	<p><b>Evaluasi :</b>  <b>S :</b> Pasien mengatakan cemasnya mulai berkurang  <b>O :</b>  - Pasien tampak sudah tidak gelisah  - RR : 18 x/menit  - HR : 86 x/menit  - TD : 132/78 mmHg  - Pola berkemih pasien membaik  <b>A :</b> Masalah ansietas belum teratasi  <b>P :</b> intervensi terapi Relaksasi Otot Progresif dilanjutkan</p>		<p><b>Evaluasi :</b>  <b>S :</b>  - Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang kemoterapi yang akan dijalannya  - Pasien mengatakan rasa cemas dan takut berkurang setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif  <b>O :</b>  - Pasien tampak cemasnya berkurang  - Pasien tampak gelisahanya berkurang  - Pasien tampak tegangnya berkurang  - TD : 124/82 mmHg  - N : 89 x/menit  - RR : 20 x/menit  - S : 36,3°C  <b>A :</b> masalah ansietas belum teratasi  <b>P :</b> intervensi terapi Relaksasi Otot Progresif dilanjutkan</p>
<p>Sabtu/ 20  Mei 2023</p> <p>09.00-  09.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tempat, lingkungan, posisi dan pakaian yang digunakan ( memasang sampiran, pasien duduk dengan bersandar di bed dengan posisi fowler, mengedukasi keluarga untuk mengontrol suara saat terapi dilakukan, pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar)</li> <li>2. Menganjurkan relaksasi otot rahang (pasien tampak merelaksasikan otot rahangnya)</li> <li>3. Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali (pasien mengikuti gerakan dengan baik)</li> <li>4. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram</li> </ol>	<p>Selasa/ 23  Mei 2023</p> <p>10.00-10.30  WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tempat, lingkungan, posisi dan pakaian yang digunakan ( memasang sampiran, pasien duduk dengan bersandar di bed dengan posisi fowler, mengedukasi keluarga untuk mengontrol suara saat terapi dilakukan, pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang longgar)</li> <li>2. Menganjurkan relaksasi otot rahang (pasien tampak merelaksasikan otot rahangnya)</li> <li>3. Menganjurkan menegangkan otot selama 5-10 detik, kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20-30 detik, masing-masing 8-16 kali (pasien mengikuti gerakan dengan baik)</li> <li>4. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih dari 5 detik untuk menghindari kram (pasien</li> </ol>

	<p>(pasien meluruskan kakinya)</p> <p>5. Melakukan 14 langkah terapi relaksasi otot progresif selama 30-45 menit</p> <p>6. Mengidentifikasi tingkat kecemasan menggunakan kuesioner skala HARS</p> <p><b>Evaluasi :</b>  S : Pasien mengatakan cemasnya mulai berkurang  O :  - Skala HARS : 18 (kecemasan ringan)  - Pasien tampak sudah tidak gelisah  - RR : 18 x/menit  - HR : 76 x/menit  - TD : 132/78 mmHg  A : Masalah ansietas belum teratasi  P : intervensi terapi Relaksasi Otot Progresif dilanjutkan</p>		<p>meluruskan kakinya)</p> <p>5. Melakukan 14 langkah terapi relaksasi otot progresif selama 30-45 menit</p> <p>6. Mengidentifikasi tingkat kecemasan menggunakan kuesioner skala HARS</p> <p><b>Evaluasi :</b>  S :  - Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang kemoterapi yang akan dijalannya  - Pasien mengatakan rasa cemas dan takut berkurang setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif  O :  - Pasien tampak cemasnya berkurang  - Pasien tampak gelisahnya berkurang  - Pasien tampak tegangnya berkurang  - TD : 124/82 mmHg  - N : 89 x/menit  - RR : 20 x/menit  - S : 36,3°C  A : masalah ansietas belum teratasi  P : intervensi terapi Relaksasi Otot Progresif dilanjutkan</p>
<b>Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</b>		<b>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</b>	
<p>Kamis/ 18 Mei 2023</p> <p>09.00-09.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <p>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p>		<p><b>Implementasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (nyeri di perut bagian bawah)</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan</p>

	<p>c. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi relaksasi otot progresif)</p> <p><b>Evaluasi :</b>  <b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi <i>relaksasi otot progresif</i></li> <li>- Pengkajian nyeri :  P : nyeri dibagian perut bawah  Q : ditusuk-tusuk  R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,  Skala nyeri : 5  T : hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 142/95 mmHg</li> <li>- N : 101 x/menit</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- S : 36,5°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan</p>		<p>memperingan nyeri (nyeri memberat saat duduk)</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mengatur posisi duduk)</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi otot progresif)</p> <p><b>Evaluasi :</b>  <b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pengkajian nyeri :  P : luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk  Q : ditusuk-tusuk dan ngilu  R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,  Skala nyeri : 5  T : hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Jumat/ 19 Mei 2023</p>	<p><b>Implementasi :</b>  1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p>	<p>Senin/ 22 Mei 2023</p>	<p><b>Implementasi :</b>  1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (nyeri di perut</p>

<p>09.00-09.30 WIB</p>	<p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi relaksasi otot progresif)</p> <p><b>Evaluasi :</b>  <b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri mulai berkurang setelah dilakukan terapi <i>relaksasi otot progresif</i></li> <li>- Pengkajian nyeri :  P : nyeri dibagian perut bawah  Q : ditusuk-tusuk  R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,  Skala nyeri : 3  T : hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 138/82 mmHg</li> <li>- N : 90 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian  P : intervensi dilanjutkan</p>	<p>10.00-10.30 WIB</p>	<p>bagian bawah)</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (nyeri memberat saat duduk)</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mengatur posisi duduk)</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi otot progresif)</p> <p><b>Evaluasi :</b>  <b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> <li>-</li> <li>- Pengkajian nyeri :  P: luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk  Q : ditusuk-tusuk dan ngilu  R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,  Skala nyeri : 5  T : hilang timbul</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 124/82 mmHg</li> <li>- N : 89 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p>
------------------------	--	------------------------	--

			P : intervensi dilanjutkan
Sabtu/ 20 Mei 2023  09.00- 09.30 WIB	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi relaksasi otot progresif)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pengkajian nyeri : P : nyeri dibagian perut bawah Q : ditusuk-tusuk R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang, Skala nyeri : 2 T : hilang timbul</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri dapat diatasi dengan terapi <i>relaksasi otot progresif</i></li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 145/97 mmHg</li> </ul>	Selasa/ 23 Mei 2023  10.00-10.30 WIB	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (nyeri di perut bagian bawah)</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (nyeri memberat saat duduk)</li> <li>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mengatur posisi duduk)</li> <li>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi otot progresif)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> <li>-</li> <li>- Pengkajian nyeri : P : luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk Q : ditusuk-tusuk dan ngilu R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang, Skala nyeri : 5 T : hilang timbul</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 100 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> <li>- S : 36,7°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 124/82 mmHg</li> <li>- N : 89 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p>
<b>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan</b>		<b>Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis</b>	
<p>Kamis/ 18 Mei 2023</p> <p>09.00-09.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (berharap rambut dapat tumbuh kembali)</li> <li>b. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri (pasien merima apa yang dijelaskan)</li> <li>c. menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh (rambut rontok disebabkan oleh efek samping kemoterapi)</li> <li>d. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri (kepala dapat ditutupi dengan menggunakan jilbab untu meningkatkan percaya diri)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh rambut rontok setelah menjalani kemoterapi I</li> <li>- pasien mengatakan tidak percaya diri lagi, karena rambut sudah mulai habis dan kepala tampak botak</li> </ul> <p>O :</p>	<p>Sabtu/ 20 Mei 2023</p> <p>10.00-10.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pasien tampak siap untuk menerima informasi)</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (disepakati jam 09.00 WIB)</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya (pasien bertanya tentang apa yang dijelaskan)</li> <li>4. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik (menjelaskan latihan berjalan secara perlahan)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih</li> <li>- pasien merasa masih tidak ada tenaga walaupun sudah istirahat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat dan lesu</li> <li>- Hb : 7,0 g/dL</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur</li> <li>- pasien tampak enggan untuk memperlihatkan bagian kepalanya</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul> <p>A : masalah keletihan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Jumat/ 19 Mei 2023</p> <p>09.00- 09.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (berharap rambut dapat tumbuh kembali)</li> <li>2. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri (pasien merima apa yang dijelaskan)</li> <li>3. menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh (rambut ronto rontok disebabkan oleh efek samping kemoterapi)</li> <li>4. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri (kepala dapat ditutupi dengan menggunakan jilbab untu meningkatkan percaya diri)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sudah mulai percaya diri, dan menerima efek samping dari kemoterapi yaitu rambut rontok</li> <li>- pasien mengatakan tidak ada membatasi diri terhadap orang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien masih tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur, disisi lain pasien juga seorang muslim</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	<p>Senin/ 22 Mei 2023</p> <p>10.00-10.30 WIB</p>	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pasien tampak siap untuk menerima informasi)</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (disepakati jam 09.00 WIB)</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya (pasien bertanya tentang apa yang dijelaskan)</li> <li>4. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik (menjelaskan latihan berjalan secara perlahan)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih</li> <li>- pasien merasa masih tidak ada tenaga walaupun sudah istirahat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat dan lesu</li> <li>- Hb : 10,2 g/dL</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul>

	P : Intervensi dilanjutkan		A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
Sabtu/ 20 Mei 2023	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan (berharap rambut dapat tumbuh kembali)</li> <li>2. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri (pasien merima apa yang dijelaskan)</li> <li>3. menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh (rambut rontok disebabkan oleh efek samping kemoterapi)</li> <li>4. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri (kepala dapat ditutupi dengan menggunakan jilbab untu meningkatkan percaya diri)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sudah mulai percaya diri, dan menerima efek samping dari kemoterapi yaitu rambut rontok</li> <li>- pasien mengatakan tidak ada membatasi diri terhadap orang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien masih tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur, disisi lain pasien juga seorang muslim</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	Selasa/ 23 Mei 2023  10.00-10.30 WIB	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi (pasien tampak siap untuk menerima informasi)</li> <li>2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan (disepakati jam 09.00 WIB)</li> <li>3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya (pasien bertanya tentang apa yang dijelaskan)</li> <li>4. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik (menjelaskan latihan berjalan secara perlahan)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih</li> <li>- pasien merasa masih tidak ada tenaga walaupun sudah istirahat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat dan lesu</li> <li>- Hb : 10,2 g/dL</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan</p>

<b>Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis</b>	
Jumat/ 19 Mei 2023	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pengalaman mual (pasien mengatakan mual muntah setelah kemoterapi I)</li> <li>2. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (pasien tampak lelah)</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (efek obat kemoterapi)</li> <li>4. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup (pasien sulit tidur karena ada perasaan mual)</li> <li>5. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak (pasien tampak mengkonsumsi roti)</li> </ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh perasaan mual dan muntah setelah menjalani kemoterapi II</li> <li>- pasien mengatakan badan terasa lemah dan merasa tidak berdaya</li> <li>- keluarga mengatakan pasien muntah <math>\pm</math> 500 ml</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat</li> <li>- tampak cairan muntah pasien cairan muntah berisi makanan yang dimakan campur cairan lambung berwarna kuning</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
Sabtu/ 20 Mei 2023	<p><b>Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pengalaman mual (pasien mengatakan mual muntah setelah kemoterapi I)</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (pasien tampak lelah)</li><li>3. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (efek obat kemoterapi)</li><li>4. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup (pasien sulit tidur karena ada perasaan mual)</li><li>5. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak (pasien tampak mengonsumsi roti)</li></ol> <p><b>Evaluasi :</b></p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mengatakan sebelumnya juga pernah merasakan mual dan muntah setelah menjalani kemoterapi I</li><li>- Pasien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang</li><li>- Pasien mengatakan tidak lagi muntah tetapi masih merasa mual</li></ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak pucat dan tidak berdaya</li><li>- Tampak pasien sudah mulai mengahbiskan seperempat porsi makanan rumah sakit</li></ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--

## B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada partisipan 1 (Ibu S) dan partisipan 2 (Ibu W) dengan kasus kanker serviks diruang onkologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Dalam bab ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara konsep dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Peneliti juga membahas kesulitan yang ditemukan pada partisipan 1 (Ibu S) dan partisipan 2 (Ibu W) dengan kasus kanker serviks. Dalam penyusunan asuhan keperawatan peneliti melakukan pengkajian keperawatan, menegakkan diagnosis keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) dengan uraian sebagai berikut :

### 1. Pengkajian keperawatan

Hasil pengkajian pada kedua partisipan 1 (Ibu S) berusia 62 tahun dan partisipan kedua (Ibu W) berusia 47 tahun. Hal ini sesuai dengan konsep Chandrawati (2016) menyatakan bahwa wanita berusia > 35 tahun memiliki kecenderungan untuk mengalami penyakit kanker serviks lebih tinggi dibandingkan dengan usia < 35 tahun.

Berdasarkan keluhan kedua partisipan ditemukan kesamaan dimana partisipan mengalami nyeri dibagian ari-ari sampai ke pinggang yang terasa seperti diremas-remas secara hilang timbul. Sementara itu terdapat kesejangan pada partisipan 1 (Ibu S) skala nyeri 4 sedangkan pada partisipan 2 (Ibu W) skala nyeri 5. Keluhan utama pada kedua pasien mempunyai beberapa persamaan dengan penelitian yang dilakukan Rahmania (2018), yang menjelaskan nyeri yang dirasakan oleh responden penelitian terlokalisir di daerah sekitar rahim dan pelvis. Nyeri merupakan salah satu gejala kanker yang paling sering menjadi beban berat bagi pasien selama sakit. Nyeri kanker serviks dirasakan pada daerah panggul atau dimulai dari ekstremitas bagian

bawah dari daerah lumbal, dapat bervariasi dan semakin progresif pada stadium lanjut (Wulandari, Effendy, & Nisman, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian psikologis ditemukan bahwa kedua partisipan mengalami masalah ansietas dengan keluhan merasa cemas dan takut karena akan menjalani kemoterapi. Pasien cemas terhadap efek samping dari kemoterapi tersebut. Partisipan 1 (Ibu S) mengeluh sudah menjalani kemoterapi I dan lanjut kemoterapi II namun pada setelah kemoterapi 1 pasien mengalami mual dan muntah sedangkan setelah kemoterapi dianjurkan untuk banyak makan dan minum. Pada partisipan 1 (Ibu S) mengeluh cemas dan takut karena baru pertama kali menjalani kemoterapi.

Hasil ini sejalan dengan konsep (Aspiani, 2017) yang mengatakan bahwa tidak sedikit pasien dengan diagnosis kanker serviks merasa cemas akan penyakit yang diderita. Rasa cemas dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan ancaman kematian.

Hasil pengkajian obsetric pada partisipan I (Ibu S) pada tahun 2022 mengalami perdarahan  $\pm$  2 minggu dan keputihan  $\pm$  1 bulan padahal sudah menopause diusia 50 tahun. Sementara pada partisipan kedua (Ibu W) pernah mengalami keputihan, dan keluar darah dari kemaluan hilang timbul sejak  $\pm$  7 bulan yang lalu

Berdasarkan konsep Pratiwi & Nawangsari (2022) menjelaskan gejala kanker serviks biasanya keputihan yang tidak khas, atau ada perdarahan setitik yang bisa hilang sendiri. Pada tahap selanjutnya adapt timbul gejala berupa keputihan atau keluar cairan encer dari vagina yang berbau, perdarahan diluar siklus haid, perdarahan sesudah bersenggama, timbul kembali haid setelah menopause, nyeri daerah panggul dan gangguan buang air kecil.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosis juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu yang lain. Diagnose keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistic (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan yang sedang dialaminya (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020).

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan pada partisipan ditemukan kesamaan diagnosis yaitu pertama ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Bovero (2016) yang menunjukkan bahwa ansietas kanker dalam kelompok tinggi. Dimana ansietas dipengaruhi oleh gangguan diri, penerimaan, usia, dan tingkat kecemasan. Kedua nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Hal ini sesuai dengan konsep (Anggeria & Daeli, 2018) menyatakan bahwa pasien biasanya datang dengan keluhan intra servikal, merasa nyeri pada daerah abdomen, perdarahan pervaginam, dan disertai keputihan menyerupai air. Gejala pada kanker Serviks tidak semuanya dapat muncul, tergantung grade yang diderita oleh pasien yang berbeda-beda.

Sementara juga terdapat kesenjangan diagnosis yaitu gangguan citra tubuh, nausea, dan kelelahan. Diagnosis Nausea biasanya diagnosis ini muncul karena efek samping dari kemoterapi sesuai dengan konsep Astiani (2017) efek samping antara lain sesak nafas, mual, muntah, sulit menelan, bagi saluran pencernaan terjadi diare, gastritis, sulit membuka mulut, sariawan, penurunan nafsu makan (biasa terdapat pada terapi eksternal radiasi). Semua tadi akan berdampak buruk bagi

tubuh yang menyebabkan kelemahan atau keletihan sehingga daya tahan tubuh berkurang dan resiko injury pun akan muncul.

### 3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada partisipan 1 (Ibu S) dan partisipan 2 (Ibu W) disusun menggunakan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia dimana perencanaan ini baru dapat disusun apabila data yang telah terkumpul sudah dianalisis dan diprioritaskan. Perencanaan ini dibuat untuk mengatasi permasalahan pasien dengan tahap tindakan dimulai dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Intervensi pertama yang dilakukan pada kedua partisipan dengan masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi berdasarkan buku SIKI yaitu reduksi ansietas Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, Identifikasi kemampuan mengambil keputusan, Monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, dan latih teknik relaksasi.

Intervensi kedua yaitu nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berdasarkan buku SIKI yaitu manajemen nyeri Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.



Selanjutnya, intervensi ketiga yaitu gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan berdasarkan buku SIKI yaitu Promosi citra tubuh, identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan, identifikasi perubahan citra tubuh yang menyebabkan isolasi social, monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri, jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh, diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri, dan diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis.

Perencanaan asuhan keperawatan selanjutnya pada partisipan I yaitu nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis berdasarkan buku SIKI yaitu Manajemen mual. identifikasi pengalaman mual, identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, identifikasi faktor penyebab mual, monitor mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak.

Perencanaan asuhan keperawatan terakhir yang dilakukan pada partisipan 2 dengan masalah keperawatan kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis berdasarkan buku SIKI yaitu Edukasi aktivitas/istirahat identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya, jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik, anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, ajarkan mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosis pada kasus

tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan Ansietas pada partisipan 1 (Ibu S) dan 2 (Ibu W) yaitu memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal), menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan, memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang, menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, melatih teknik relaksasi.

Perencanaan kedua yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah nyeri kronis dan nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri , (memberikan teknik relaksasi otot progresif).

##### 5. Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil dari implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap diagnosis keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi yang dilakukan pada kedua partisipan didapatkan pasien mengatakan merasa agak lega dan tenang setelah mendengarkan penjelasan tentang penyakitnya, pasien juga menganggap kemoterapi sebagai upaya penyembuhan yang dilakukan untuk penyakitnya, pasien mengatakan menerima efek samping yang

terjadi pada dirinya setelah dilakukan kemoterapi. Pasien tampak ceria dan senyum lepas.

Hasil dari implementasi keperawatan yang dilakukan terhadap nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yang dilakukan pada kedua partisipan didapatkan nyeri dibagian ari-ari yang menjalar sampai ke punggung mulai berkurang, pasien mengatakan dapat menerapkan terapi relaksasi otot progresif yang diajarkan namun pasien hanya fokus pada gerakan yang berhubungan dengan perut.

Pada partisipan 1 (Ibu S) masalah keperawatan ansietas teratasi lebih lama dari pada partisipan 2 (Ibu S) karena beberapa faktor yang mempengaruhi pertama adalah usia dimana usia partisipan 1 (Ibu S) adalah 62 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ma et al (2020) menjelaskan bahwa pasien dengan usia > 60 tahun rentan terhadap kecemasan. Hasil penelitian Wen (2019) juga menyebutkan bahwa pasien kanker yang lanjut usia sering memiliki penyakit kronis sehingga rentan terhadap kecemasan dan depresi.

#### 6. Analisis Intervensi EBN

Pada kasus ini, asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks dengan ansietas dan nyeri menggunakan terapi relaksasi otot progresif. Dalam asuhan keperawatan ansietas setelah menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) didapatkan hasil dari terapi relaksasi otot progresif yang dilakukan kepada partisipan 1 (Ibu s) dan partisipan 2 (Ibu W) didapatkan hasil ansietas teratasi. Namun, terdapat perbedaan waktu teratasi ansietas kedua partisipan. Pada partisipan 1 (Ibu S) masalah keperawatan ansietas teratasi lebih lama dari pada partisipan 2 (Ibu S) karena beberapa faktor yang mempengaruhi pertama adalah usia dimana usia partisipan 1 (Ibu S) adalah 62 tahun. Hal ini sesuai dengan

penelitian yang dilakukan oleh Ma et al (2020) menjelaskan bahwa pasien dengan usia > 60 tahun rentan terhadap kecemasan. Hasil penelitian Wen (2019) juga menyebutkan bahwa pasien kanker yang lanjut usia sering memiliki penyakit kronis sehingga rentan terhadap kecemasan dan depresi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nurkayatun and Fitriani (2021) mendapatkan perlakuan intervensi Relaksasi otot Progresif ada pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan sebelum dan sesudah diberikan terapi Relaksasi otot Progresif.

Penerapan terapi relaksasi otot progresif untuk mengatasi nyeri pada partisipan 1 (Ibu S) dan partisipan 2 (Ibu W) didapatkan terdapat penurunan intensitas nyeri yang dialami oleh kedua partisipan yang ditandai dengan skala nyeri menurun. Hasil penelitian Rahmania, Natosba, and Adhistry (2020) dimenyebutkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara skala nyeri dan skor kecemasan sebelum dan setelah diberikan intervensi terapi relaksasi otot progresif.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien kanker serviks dengan penerapan teknik relaksasi otot progresif untuk menurunkan ansietas pada ibu S dan ibu W yang akan menjalani kemoterapi, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan dengan diagnose medis kanker serviks pro kemoterapi. Berdasarkan wawancara menggunakan kuesioner HARS didapatkan partisipan mengalami tingkat ansietas sedang.
2. Diagnosis keperawatan prioritas yang pada partisipan yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Diagnosa kedua terdapat perbedaan yaitu partisipan 1 nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor. Sedangkan pada partisipan 2 yaitu nyeri aut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu terapi relaksasi otot progresif dan manajemen nyeri. Dalam hal ini terapi relaksasi otot progresif digunakan untuk menurunkan tingkat ansietas pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.
4. Implementasi keperawatan terapi relaksasi otot progresif untuk menurunkan tingkat ansietas dan manajemen nyeri dalam mengontrol nyeri yang dirasakan participants.
5. Hasil evaluasi pasien didapatkan masalah tingkat ansietas dan nyeri menurun dengan dilakukannya penerapan terapi relaksasi otot progresif
6. Hasil analisis dari penerapan EBN ditemukan adanya dampak penurunan tingkat ansietas dan nyeri menggunakan terapi relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pasien kanker serviks yang dilakukan secara berulang karena tingkat ansietas dan nyeri bersifat hilang timbul di ruangan onkologi RSUP dr. M. Djamil Padang.

## **B. Saran**

### **1. Bagi RSUP dr. M. Djamil Padang**

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi perawat di ruang onkologi RSUP dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan terapi relaksasi otot progresif dalam mengatasi ansietas dan nyeri pasien kanker serviks.

### **2. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang**

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

### **3. Bagi Peneliti**

Karya tulis akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap ansietas pasien kanker servik.

### **4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien kanker servik yang mengalami ansietas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani. (2017). *Buku ajar asuhan keperawatan maternitas II*. TIM.
- Dikmen, H. A., & Terzioqlu, F. (2018). Effects of reflexology and progressive muscle relaxation on pain, fatigue, and quality of life during chemotherapy in gynecologic cancer patients. *Pain Management Nursing*.
- Firdaus. (2021). *Metodologi Penelitian Kuantitatif Dilengkapi Analisis Regresi IBM SPSS Statistics Version 26.0*. CV. DOTPLUS.
- Handayani, L. T. (2023). *Buku Ajar Implementas Teknis Analisis Data Kuantitatif (Penelitian Kesehatan)*. PT Scifinntech Andrew Wijaya.
- Hariati, Ningsih, O. S., Solehudin, Faizah, A., Sari, S. M., Achmad, V. S., Sugiharno, R. T., Utama, Y. A., Wasilah, H., Tondok, S. B., & Others. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah*. Get Press.
- Hawari. (2016). *Manajemen Stres, Cemas, Depresi*. Balai Penerbit FKUI.
- Irwan. (2016). *Epidemiologi Penyakit Menular*. penerbit Deepbulish.
- Nurhanifah, D., & Sari, R. T. (2022). *Manajemen Nyeri Nonfarmakologis*. UrbanGreen Cental Medical.
- Organization), W. (world health. (2018). *Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer*.
- P, I. M. I., & Cahyanigrum, I. (2019). *Cara mudah memahami Metodologi Penelitian*. CV Budi Utama.
- Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Nuha Medika.
- Paolis, G. De, Naccarato, A., Cibeli, F., D'Alete, A., & Mastroiani, C. (2019). Teh efectiveness of progressive muscle relaxation and interactive guided imagery as a pain-reducing intervention in advanced cancer patient : A multicentre randomized controlled non-pharmacological tria; *Complimentary Therapies in Clinical Practice*, 34, 280–287.
- Prawihardjo. (2014). *Ilmu Kandungan*. PT. Bina Pustaka Sarwono Prawihardjo.
- Rahmania, E. N., Natosba, J., & Adhistry, K. (n.d.). *Pengaruh Progressive Muscle Relaxation Terhadap Nyeri dan Kecemasan Pasien Kanker Serviks*.
- Reeder, Martin, & Koniak-Griffin. (2014). *Keperawatan Maternitas : Kesehatan Wanita, Bayi & Keluarga*. EGC.

- Sari, R. K., Putra, S., Rato, K. W., Mardhiyana, D., & S, I. M. (2023). *Metodologi Penelitian Pendidikan*. PT Sada Kurnia Pustaka.
- Savitri. (2015). *Kupas Tuntan Kanker Payudara Leher Rahim dan Rahim*. Pustaka Baru Press.
- SDKI. (2016). *Definisi dan Indikator Diagnostik 2016-2017*. Tim POKJA SDKI PPNI.
- Sitohang, T. R., Sabila, Y., Kora, F. T., & Rias, Y. A. (n.d.). *Kecemasan Masyarakat Indonesia Selama Pandemi COVID-19*. Zuhir Publishing.
- Tarjo. (2019). *Metode Penelitian*. CV. Budi Utama.
- Utardini, A., Dwiprahasto, I., Probandari, A. N., Pramono, D., Mahendradhata, Y., & Julia, M. (2022). *Prinsip dan Aplikasi Untuk Manajemen Rumah Sakit*. Gadjah Mada University Press.
- Widiyono, Aryani, A., Indriyati, Sutrisno, Suwarni, A., Putra, F. A., & Herawati, V. D. (2022). *Buku Ajar Terapi Komplementer Keperawatan*. Lembaga Chakra Brahmana Lentera.
- Wijayanti, D. (2022). *Cemas Hilang Dengan Peer Education Diabetes Mellitus Pada Lansia*. Penerbit Adab.



## Daftar Riwayat Hidup



### A. Identitas Diri

Nama : Bunga Fatihul Rahmi  
NIM : 223410940  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang / 03 Januari 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Nama Orang Tua  
Ayah : Hendri Agus  
Ibu : Febris Bahri  
Anak ke : 1 dari 5 bersaudara  
Alamat : Pasar Pagi Tanjung Aur RT 02 RW 04 Kel. Balai  
Gadang Kec. Koto Tangah Kota Padang  
No. Hp/ Email : 083167520821 / [bungafatihulrahmi@gmail.com](mailto:bungafatihulrahmi@gmail.com)

### B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun
1	SD Negeri 05 Bungo Pasang	2006-2012
2	SMP Negeri 15 Padang	2012-2015
3	SMA Negeri 7 Padang	2015-2018
4	Sarjana Terapan Keperawatan-Ners Poltekkes Kemenkes Padang	2018-2022
5	Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Padang	2022-2023

## Lampiran 1 Lembar Bimbingan

Nama Mahasiswa : Bunga Fatihul Rahmi  
 NIM : 223410940  
 Pembimbing : Ns. Elvia Metti, M. Kep. Sp.Kep.Mat  
 Judul KTA : Penerapan teknik relaksasi otot progresif dalam asuhan keperawatan pada pasien tumor terung dengan Anoreksia dan nyeri di ruang onkologi F101 dr. W. Ganita Padana

Bimbingan ke	Hari/Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	Rabu 05.04.2023	Konsul Judul KTA	
II	Senin 15.05.2023	- Konsul BAB I dan BAB II - konsul jurnal EB17	
III	Senin 22.05.2023	- Perbaikan BAB I dan BAB II - konsul BAB II	
IV	Selasa 29.05.2023	- Perbaikan BAB I, II dan III - konsul label artikel, jurnal - konsul bagian tindakan, SOP intervensi	
V	Selasa Senin 12 Juni 2023	Konsul Askep di BAB IV	
VI	Selasa 13 Juni 2023	Konsul BAB IV Hasil - Rencanakan praktik - Pda observasi	
VII	Rabu 14 Juni 2023	Konsul BAB IV Hasil - Intervensi & implementasi	
VIII	Kamis 15 Juni	Konsul BAB IV dan BAB V	
IX	Jum'at 16 Juni 2023	Exc sidore KTA	

## Lampiran 2 Asuhan Keperawatan Partisipan 1

1) Identitas klien		2) Suami	
Nama	Ny. S	Nama	Tn. M
Umur	62	Umur	65
Pendidikan	SMA	Pendidikan	SMA
Suku bangsa	Minang	Suku bangsa	Minang
Pekerjaan	IRT	Pekerjaan	Pensiunan
Agama	Islam	Agama	Islam
Alamat rumah		Keluarga terdekat yang mudah dihubungi	

### 3) Diagnose dan informasi medic yang penting waktu masuk

Tanggal masuk : 17 Mei 2023

No medical record :

Ruang rawat : Onkologi

Yang mengirim/merujuk : Poli Onkologi

Alasan masuk : Ny. S masuk RSUP. Dr. M. Djamil

Padang melalui poli onkologi pada tanggal 17 Mei 2023 jam 14.14 WIB dengan keluhan pasien rencana kemoterapi II

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat pengkajian tanggal 18 Mei 2023 jam 10.00 WIB keadaan pasien tampak lemah dan letih. Pasien mengatakan nyeri dibagian ari-ari sampai ke pinggang, nyeri terasa seperti diremas-remas dan hilang timbul, skala nyeri 4. Pasien mengatakan nafsu makan menurun, tidur kurang, BAK sering, BAB encer. Pasien mengatakan cemas dengan efek samping kemoterapi pada dirinya, karena pada saat kemoterapi pertama pasien merasakan mual muntah, nafsu

makan berkurang dan rambut rontok. Sementara, setelah kemoterapi dianjurkan banyak makan dan banyak mengonsumsi air putih. Pengkajian tingkat kecemasan Ny. S dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Ny. S mengatakan setahun yang lalu sudah menjalani radioterapi 32x namun terdapat pertumbuhan lagi sehingga dianjurkan dokter untuk menjalani kemoterapi. Pasien juga mempunyai riwayat hipertensi.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Ny. S mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama seperti dirinya, namun orang tua laki-laki Ny. S memiliki riwayat hipertensi.

d. Riwayat perkawinan

Ny. S mengatakan menikah pada usia 24 tahun, menikah sudah 42 tahun lamanya, Ny. S mengatakan hanya sekali ini menikah dan in suami pertam dan terakhir.

e. Riwayat haid/status ginekologi

Ny. S mengatakan haid pertamanya pada usia 12 tahun dengan siklus 5-7 hari. Ny. S mengatakan selama haid mengganti 2x pembalut dalam sehari. Warnanya dihari pertama merah kecoklatan, selanjutnya seperti darah segar dan terkadang keluar seperti gumpalan-gumpalan darah. Ny. S mengatakan tidak ada keluhan selama haid. Ny. S megatakan menopause di usia 50 tahun.

f. Riwayat obstetric

Ny. S mengatakan mempunyai 3 orang anak.

g. Data psikologis

Ny. S mengatakan cemas dan takut terhadap kemoterapi yang akan dijalannya karena 1 tahun yang lalu Ny. S sudah pernah menjalani radioterapi sebanyak 32 kali. Namun, pertumbuhan muncul lagi sehingga harus menjalani kemoterapi.

h. Data spiritual

Ny. S beragama islam dan percaya kepada Allah SWT. Ny. S menjalankan sholat 5 waktu sehari terkadang juga menjalankan sholat sunnah. Bahkan di rumah sakit Ny. S juga tetap beribadah seperti biasanya

i. Data social ekonomi

j. Aktivitas sehari-hari

1. Makan/ minum :

a. Sehat : Ny. S mengatakan makan 3 kali sehari dengan pola makan teratur, kadang-kadang Ny. S minum sekitar 2000 cc perhari, minum air putih, sesekali minum teh dan susu

b. Sakit : Selama dirawat di rumah sakit Ny. S mengatakan tidak nafsu makan. Pola makan teratur 3 kali sehari hanya dihabiskan seperempat porsi saja. Diit yang diberikan makanan TKTP. Pasien minum sekitar 1000 cc perhari yaitu air putih dan susu.

2. Istirahat dan pola tidur :

a. Sehat : Ny. S mengatakan sebelum sakit, istirahat dan tidur baik, tidur sekitar 7-8 jam sehari.

b. Sakit : Ny. S mengatakan istirahat cukup 7-8 jam sehari.

3. Personal hygiene

a. Sehat : Ny. S sebelum sakit mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri.

b. Sakit : Selama dirawat di rumah sakit Ny. S mandi 1 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri.

4. Eliminasi (BAB dan BAK) :

a. Sehat : Sebelum sakit Ny. S mengatakan BAB dan BAK lancar. Namun, BAK cukup sering sekitar 9-10 kali dalam sehari, warnanya kuning. BAB 1 kali sehari, konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan.

b. Sakit : Ny. S mengatakan selama dirawat di rumah sakit BAK cukup sering sekitar 9-10 kali dalam sehari, warnanya kuning. BAB 1 kali dalam sehari, konsistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan, namun hanya sedikit.

k. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 18 Mei 2023 didapatkan kesadaran compos mentis, tekanan darah 146/92 mmHg, frekuensi nadi 102 kali/menit, suhu 36,5°C, dan frekuensi napas 21 kali/menit. Kondisi **kepala** rambut tampak berwarna hitam bercampur uban, bersih, dan rontok, tidak ada gangguan pendengaran, mata tidak cekung, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik. Mukosa tampak lembab, tidak sianosis. Pada **leher** tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. **Payudara** Ny. S

tidak ada mengalami kelainan dan masalah. Pada pemeriksaan **abdomen** tidak tampak adanya perubahan warna kulit, bising usus 15 kali/menit, hepar dan limpa tidak teraba, terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah. **Ekstremitas** atas sebelah kiri terpasang IVFD NaCl 0,9 %, turgor kulit baik, CRT  $\leq$  2 detik. Pada ekstremitas bawah turgor kulit baik, CRT  $\leq$  2 detik, tidak terdapat edema. Genitalia tampak bersih.

1. Pemeriksaan penunjang

Tanggal :

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai normal</b>
Hemoglobin	10,2	g/dL	12,0-14,0
Leukosit	7,65	$10^3/\text{mm}^3$	5,0-10,0
Trombosit	435	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Hematokrit	33	%	37,0-43,0
Eritrosit	3,48	$10^6/\mu\text{L}$	4,00-4,50
Natrium	139	mmol/L	136-145
Kalium	4,1	mmol/L	3,5-5,1
Klorida	107	mmol/L	97-111

m. Program terapi

Obat pariental : IVFD NaCl 0,9% 20 tetes/menit

Obat kemoterapi : Vincristin 2 mg

Bleomycin 15mg

Carboplatin 450 mg

## 2. Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan karena Ny. W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengkajian tingkat kecemasan dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul>	<p>Ansietas</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pengkajian nyeri :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. P : luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk</li> <li>b. Q : ditusuk-tusuk dan ngilu</li> <li>c. R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</li> <li>d. Skala nyeri : 5</li> <li>e. T : hilang timbul</li> </ol> </li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- tekanan darah 128/80 mmHg</li> <li>- frekuensi nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- frekuensi napas 19 kali/menit</li> </ul>	<p>Nyeri kronis</p>	<p>Infiltrasi tumor</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh</li> </ul>	<p>Gangguan citra tubuh</p>	<p>Efek tindakan/pengobatan</p>



<p>rambut rontok setelah menjalani kemoterapi I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan tidak percaya diri lagi, karena rambut sudah mulai habis dan kepala tampak botak</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur</li> <li>- pasien tampak enggan untuk memperlihatkan bagian kepalanya</li> </ul>		
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh perasaan mual dan muntah setelah menjalani kemoterapi II</li> <li>- pasien mengatakan badan terasa lemah dan merasa tidak berdaya</li> <li>- keluarga mengatakan pasien muntah <math>\pm</math> 500 ml</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat</li> <li>- tampak cairan muntah pasien</li> <li>- cairan muntah berisi makanan yang dimakan campur cairan lambung berwarna kuning</li> </ul>	Nausea	Efek agen farmakologis

3. diagnosa keperawatan
  - a. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
  - b. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
  - c. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan
  - d. Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis

4. Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan/kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Konsentrasi membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>c. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan</li> <li>c. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>d. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>d. Latih kegiatan pengalihan</li> </ol>

		<p>untuk mengurangi ketegangan</p> <p>e. Latih teknik relaksasi</p>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Sikap protektif menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Kesulitan tidur menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/pengobatan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam maka diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verbalisasi perasaan negatif</li> </ol>	<p><b>Promosi citra tubuh</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>Identifikasi perubahan citra tubuh yang menyebabkan isolasi sosial</li> </ol>

	<p>tentang perubahan tubuh menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi orang lain menurun</li> <li>3. Melihat bagian tubuh membaik</li> <li>4. Menyentuh bagian tubuh membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>f. Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</li> <li>g. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> <li>h. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis</li> </ol>
<p>nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat</li> <li>2. Keluhan mual menurun</li> <li>3. Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>4. Perasaan asam dimulut menurun</li> <li>5. Pucat membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen mual :</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>b. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan</li> <li>c. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</li> <li>d. Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>e. Monitor mual</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual</li> <li>b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual</li> <li>c. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>d. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>b. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>c. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> </ol>

## 5. Implementasi dan evaluasi keperawatan

Tanggal : 18 Mei 2023

Diagnosa Keperawatan	Implementasi keperawatan	Evaluasi keperawatan
<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi</p>	<p>a. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan</p> <p>c. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>d. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>e. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cemas dan takut tentang efek samping dari kemoterapi yang akan dijalaninya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak cemas</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak tegang</li> <li>- TD : 142/95 mmHg</li> <li>- N : 101 x/menit</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- S : 36,5°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</p>	<p>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>c. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi progressive muscle relaxation)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> </ul> <p>- Pengkajian nyeri :</p> <p>P : nyeri dibagian perut bawah</p> <p>Q : ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</p> <p>Skala nyeri : 5</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 142/95 mmHg</li> <li>- N : 101 x/menit</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> <li>- S : 36,5°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/ Pengobatan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>b. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>c. menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</li> <li>d. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh rambut rontok setelah menjalani kemoterapi I</li> <li>- pasien mengatakan tidak percaya diri lagi, karena rambut sudah mulai habis dan kepala tampak botak</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur</li> <li>- pasien tampak enggan untuk memperlihatkan bagian kepalanya</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

Tanggal : 20 Mei 2023

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi keperawatan</b>	<b>Evaluasi keperawatan</b>
<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> <li>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan</li> <li>c. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>d. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang efek samping dari kemoterapi yang akan dijalannya</li> <li>- Pasien mengatakan rasa cemas dan takut berkurang setelah diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak cemasnya berkurang</li> </ul>

	<p>akan datang</p> <p>e. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>f. Melatih teknik relaksasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisahnyanya berkurang</li> <li>- Pasien tampak tegangnyanya berkurang</li> <li>- TD : 138/82 mmHg</li> <li>- N : 90 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</p>	<p>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>c. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi progressive muscle relaxation)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri mulai berkurang setelah dilakukan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> <li>- Pengkajian nyeri : P : nyeri dibagian perut bawah</li> </ul> <p>Q : ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</p> <p>Skala nyeri : 3</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 138/82 mmHg</li> <li>- N : 90 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/ Pengobatan</p>	<p>a. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</p> <p>b. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</p> <p>c. menjelaskan pada</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sudah mulai percaya diri, dan menerima efek samping dari kemoterapi yaitu rambut rontok</li> </ul>

	<p>keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>d. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</p>	<p>- pasien mengatakan tidak ada membatasi diri terhadap orang lain</p> <p>O :</p> <p>- pasien masih tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur, disisi lain pasien juga seorang muslim</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis</p>	<p>a. Mengidentifikasi pengalaman mual</p> <p>b. Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan</p> <p>c. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</p> <p>d. Mengidentifikasi faktor penyebab mual</p> <p>e. Memonitor mual</p> <p>f. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>g. Menganjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p>h. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p>	<p>S :</p> <p>- pasien mengeluh perasaan mual dan muntah setelah menjalani kemoterapi II</p> <p>- pasien mengatakan badan terasa lemah dan merasa tidak berdaya</p> <p>- keluarga mengatakan pasien muntah ± 500 ml</p> <p>O :</p> <p>- pasien tampak pucat</p> <p>- tampak cairan muntah pasien cairan muntah berisi makanan yang dimakan campur cairan lambung berwarna kuning</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>



Tanggal : 21 Mei 2023

Diagnosa Keperawatan	Implementasi keperawatan	Evaluasi keperawatan
<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> <li>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan</li> <li>c. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>d. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> <li>e. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>f. Melatih teknik relaksasi</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang efek samping dari kemoterapi yang akan dijalannya</li> <li>- Pasien mengatakan rasa cemas dan takut dapat diatasi dengan diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tidak cemas</li> <li>- TD : 145/97 mmHg</li> <li>- N : 100 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> <li>- S : 36,7°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>c. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>d. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi <i>progressive muscle relaxation</i>)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pengkajian nyeri : P : nyeri dibagian perut bawah</li> </ul> <p>Q : ditusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</p> <p>Skala nyeri : 2</p> <p>T : hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri dapat diatasi dengan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post</li> </ul>

		<p>operasi dibagian perut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 145/97 mmHg</li> <li>- N : 100 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> <li>- S : 36,7°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek tindakan/ Pengobatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>b. Memonitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri</li> <li>c. menjelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</li> <li>d. Mendiskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sudah mulai percaya diri, dan menerima efek samping dari kemoterapi yaitu rambut rontok</li> <li>- pasien mengatakan tidak ada membatasi diri terhadap orang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien masih tampak menggunakan jilbab atau penutup kepala kemana-mana bahkan saat tidur, disisi lain pasien juga seorang muslim</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi pengalaman mual</li> <li>b. Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan</li> <li>c. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</li> <li>d. Mengidentifikasi faktor penyebab mual</li> <li>e. Memonitor mual</li> <li>f. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>g. Menganjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>h. Menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sebelumnya juga pernah merasakan mual dan muntah setelah menjalani kemoterapi I</li> <li>- Pasien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan tidak lagi muntah tetapi masih merasa mual</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak pucat dan tidak berdaya</li> <li>- Tampak pasien sudah mulai mengahbiskan seperempat porsi makanan rumah sakit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

### Lampiran 3 Asuhan Keperawatan partisipan 2

1) Identitas klien		2) Suami	
Nama	Ny. W	Nama	Tn. B
Umur	47	Umur	49
Pendidikan	S1	Pendidikan	SMA
Suku bangsa	Minang	Suku bangsa	Minang
Pekerjaan	PNS	Pekerjaan	Wiraswasta
Agama	Islam	Agama	Islam
Alamat rumah		Keluarga terdekat yang mudah dihubungi	

#### 3) Diagnose dan informasi medic yang penting waktu masuk

Tanggal masuk : 20 Mei 2023

No medical record :

Ruang rawat : Onkologi

Yang mengirim/merujuk : Poli onkologi

Alasan masuk :

#### 1. Pengkajian Keperawatan

##### a. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian mulai dilakukan pada tanggal 20 Mei 2023 jam 10.00. Ny. W mengatakan badan terasa lemas, Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah, nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang, nyeri memberat saat pasien duduk, skala nyeri 5. Pasien mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan karena Ny. W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya. Pengkajian tingkat kecemasan Ny. W dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.

**b. Riwayat kesehatan dahulu**

Ny. W mengatakan pernah mengalami keputihan, dan keluar darah dari kemaluan hilang timbul sejak  $\pm$  7 bulan yang lalu. Ny. W mengatakan pada tanggal 17 Maret 2023 dilakukan pemeriksaan jaringan sampel melalui biopsi di RSUP Dr. M. Djamil Padang, pasien terdiagnosa kanker serviks, dan pada bulan 22 Mei 2023 Ny. S masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang dirawat untuk menjalani kemoterapi.

**c. Riwayat kesehatan keluarga**

Ny. W mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit yang sama seperti penyakitnya ataupun penyakit lainya seperti hipertensi, jantung, diabetes mellitus dan penyakit lainnya.

**d. Riwayat perkawinan**

Ny. W mengatakan menikah pada usia 25 tahun, menikah sudah 22 tahun lamanya, Ny.W menikah hanya sekali ini suami yang pertama dan yang terakhir.

**e. Riwayat haid/status ginekologi**

Ny. W mengatakan haid pertamanya usia 14 tahun dengan siklus haidnya selama 3-6 hari. Ny. W mengatakan selama haid, 3x ganti pembalut dalam sehari. Warnanya merah kecoklatan dan berbau amis. Ny. W mengatakan kadang-kadang terasa nyeri, upaya yang dilakukan hanya beristirahat saja. Ny. W mengatakan tidak ada keluhan lain yang dirasakan selama haid.

**f. Riwayat obstetric**

Ny. S mengatakan hamil pertama umur 26 tahun. Ny. W sudah memiliki 2 orang anak. Anak pertama berumur 19 tahun anak ke dua umur 13 tahun. Ny. W mengatakan tidak ada masalah atau

penyulit selama kehamilan. Ny. W mengatakan melahirkan anak pertama dan ke dua secara normal dengan bantuan bidan. Ny. W mengatakan tidak ada keluhan selama nifas dan menyusui anak selama 2 tahun. Ny. W mengatakan pernah menggunakan KB dengan metoda pil selama 10 tahun.

**g. Data psikologis**

Ny. W mengatakan awalnya ia tidak tahu dan tidak menyangka akan mengalami penyakit ini, karena ia mengatakan kenapa bisa terjadi padanya. Ny. W mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan karena Ny. W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya.

**h. Data spiritual**

Ny. W merupakan seorang muslim dan percaya dengan Allah SWT. Ny. W mengatakan menjalankan sholat 5 waktu sehari semalam, namun sejak dia dirawat di rumah sakit Ny. W jarang melakukan sholat 5 waktu karena kondisi vaginanya yang kurang bersih. Ny. W mengatakan dia masih tidak percaya jika dia memiliki penyakit ini.

**i. Data sosial ekonomi**

Ny. W mengatakan suaminya bekerja sebagai wiraswasta dengan penghasilan ±Rp 3.000.000 perbulan. Penghasilan ini digunakan untuk kebutuhan sehari-sehari. Ny. W mengatakan ia juga bekerja sebagai seorang PNS dengan penghasilan ±Rp 2.500.000 perbulan Ny. W mengatakan biaya untuk selama pengobatannya ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

**j. Aktivitas sehari-hari (ADL)**

Ny. W mengatakan sebelum sakit dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Selama dirawat di rumah sakit untuk menolong aktivitas seperti mandi dibantu keluarganya.

**Makan/ minum :**

**Sehat :** Ny. W mengatakan makan 3 kali sehari dengan pola makan teratur, kadang-kadang Ny. W makan mie instan, sarden atau makanan cepat saji lainnya. Ny. W minum sekitar 2500 cc perhari, minum air putih, sesekali minum teh dan pasien sering mengkonsumsi minuman botol seperti teh botol dan pocari

**Sakit :** Selama dirawat di rumah sakit Ny. W mengatakan tidak nafsu makan. Pola makan teratur 3 kali sehari hanya dihabiskan setengah porsi saja. Diit yang diberikan makanan TKTP. Selain itu, pasien juga mengkonsumsi buah. Pasien minum sekitar 1000 cc perhari, hanya minum air putih.

**Istirahat dan pola tidur :**

**Sehat :** Ny. W mengatakan sebelum sakit, istirahat dan tidur baik, tidur sekitar 7-8 jam sehari.

**Sakit :** Ny. W mengatakan istirahat dan tidur kurang karena selama di rumah sakit Ny. S susah tidur, Kualitas tidur kurang baik, tidurnya sekitar 5-6 jam sehari.

**Personal hygiene**

**Sehat :** Ny. W sebelum sakit mengatakan mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri.

**Sakit :** Selama dirawat di rumah sakit Ny. W mandi 1 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari pagi dan sore secara mandiri.

**Eliminasi (BAB dan BAK) :**

Sehat : Sebelum sakit Ny. W mengatakan BAB dan BAK lancar. BAK sekitar 6-8 kali dalam sehari, warnanya kuning. BAB 2 kali sehari, konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan.

Sakit : Ny. W mengatakan selama dirawat dirumah sakit BAK 4 kali, warnanya kuning. BAB 1 kali dalam sehari, konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, namun hanya sedikit.

#### **k. Pemeriksaan fisik**

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada tanggal 19 Mei 2023 didapatkan kesadaran compos mentis, tekanan darah 128/80 mmHg, frekuensi nadi 96 kali/menit, suhu 37,1 °C, dan frekuensi napas 19 kali/menit. Kondisi kepala normal, rambut bersih, tidak ada gangguan pendengaran, mata tidak cekung, konjungtiva tampak anemis, sklera tidak ikterik. Mukosa bibir tampak kering, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid. Kondisi payudara Ny. W tidak ada mengalami kelainan atau masalah, pada pemeriksaan abdomen tidak ada distensi abdomen, tidak tampak perubahan warna kulit, bising usus normal 19 x/menit, hepar dan limpa tidak teraba, terdapat nyeri tekan. Pemeriksaan ekstremitas atas pada tangan sebelah kiri terpasang IVFD NaCl 0.9 %, turgor kulit agak kering, telapak tangan terasa kesemutan, CRT kembali dalam dua detik. Pada ekstremitas bawah turgor kulit agak kering, tidak ada edema, CRT kembali dalam dua detik. Pemeriksaan genitalia tampak bersih.

## 1. Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 21 Mei 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	9,2	g/dL	12,0-14,0
Leukosit	11,34	$10^3/\text{mm}^3$	5,0-10,0
Trombosit	513	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Hematokrit	30	%	37,0-43,0
Eritrosit	3,27	$10^6/\mu\text{L}$	4,00-4,50

Tanggal : 22 Mei 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	10,8	g/dL	12,0-14,0
Leukosit	13,35	$10^3/\text{mm}^3$	5,0-10,0
Trombosit	537	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Hematokrit	32	%	37,0-43,0
Eritrosit	3,80	$10^6/\mu\text{L}$	4,00-4,50

## m. Program terapi

Obat oral : Ranitidine 2 x 1

Tablet Metoklopramid 3 x 1 tablet

Paracetamol 3 x 500 mg

Obat pariental : IVFD Nacl 0,9% 20 tetes/menit

Obat kemoterapi : Vincristin 2 mg

Bleomycin 15mg

Carboplatin 450 mg



## 2. Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan karena Ny. W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya.</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengkajian tingkat kecemasan dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul>	<p>Ansietas</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pengkajian nyeri :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. P : luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk</li> <li>b. Q : ditusuk-tusuk dan ngilu</li> <li>c. R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</li> <li>d. Skala nyeri : 5</li> <li>e. T : hilang timbul</li> </ol> </li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Agen pencedera fisik</p>
<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih</li> <li>- pasien merasa masih tidak ada tenaga</li> </ul>	<p>Keletihan</p>	<p>Kondisi fisiologis</p>

<p>walaupun sudah istirahat</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat dan lesu</li> <li>- Hb : 7,0 g/dL</li> <li>- tekanan darah 128/80 mmHg</li> </ul>		
--	--	--

### 3. Diagnosa keperawatan

- a. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
- c. Kelelahan berhubungan dengan kondisi fisiologis

### 4. Rencana keperawatan

<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Tujuan/kriteria hasil (SLKI)</b>	<b>Intervensi keperawatan (SIKI)</b>
Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun</li> <li>4. Perilaku tegang menurun</li> <li>5. Konsentrasi membaik</li> <li>6. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</li> <li>b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>c. Monitor tanda-tanda ansietas</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan</li> <li>c. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>d. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>f. Motivasi mengidentifikasi situasi</li> </ol>

		<p>yang memicu kecemasan</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>Latih teknik relaksasi</li> </ol>
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Meringis menurun</li> <li>Sikap protektif menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> <li>Kesulitan tidur menurun</li> <li>Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi skala nyeri</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab. Periode, dan pemicu</li> </ol>

		<p>nyeri</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Verbalisasi kepuhian energi tenaga meningkat</p> <p>b. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat</p> <p>c. Motivasi meningkat</p> <p>d. Verbalisasi lelah menurun</p> <p>e. Lesu menurun</p>	<p><b>Edukasi aktivitas/ istirahat</b></p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat</p> <p>b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik</p> <p>b. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok</p> <p>c. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>d. Ajarkan mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan</p>

## 5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal : 22 Mei 2023

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>
Ansietas b.d kurang terpaparnya informasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> <li>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan</li> <li>c. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>d. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> <li>e. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>f. Melatih teknik relaksasi</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa cemas dan takut dengan kondisi penyakitnya dan pengobatan yang akan dilakukan karena Ny. W besok akan melakukan kemoterapi pertamanya.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengkajian tingkat kecemasan dengan skala HARS didapatkan cemas tingkat sedang.</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah ansietas teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>c. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>d. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi progressive muscle relaxation)</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pengkajian nyeri : P : luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk</li> </ul> <p>Q : ditusuk-tusuk dan ngilu</p> <p>R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</p> <p>Skala nyeri : 5</p> <p>T : hilang timbul</p>

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
Keletihan b.d kondisi fisiologis	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>c. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>d. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih</li> <li>- pasien merasa masih tidak ada tenaga walaupun sudah istirahat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat dan lesu</li> <li>- Hb : 7,0 g/dL</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>

Tanggal : 23 Mei 2023

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>
Ansietas b.d kurang terpaparnya informasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> <li>b. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang kemoterapi yang akan dijalannya</li> <li>- Pasien mengatakan rasa</li> </ul>

	<p>c. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>d. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>e. Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>f. Melatih teknik relaksasi</p>	<p>cemas dan takut berkurang setelah diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak cemasnya berkurang</li> <li>- Pasien tampak gelisahanya berkurang</li> <li>- Pasien tampak tegangnya berkurang</li> <li>- TD : 124/82 mmHg</li> <li>- N : 89 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah ansietas teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p>	<p>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>c. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (memberikan teknik relaksasi progressive muscle relaxation)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri di perut bagian bawah</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi <i>progressive muscle relaxation</i></li> <li>-</li> <li>- Pengkajian nyeri : P : luka bekas post operasi dan nyeri memberat saat pasien duduk</li> </ul> <p>Q : ditusuk-tusuk dan ngilu</p> <p>R : nyeri menjalar sampai ke pinggang bagian belakang,</p> <p>Skala nyeri : 5</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>O :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak masih meringis</li> <li>- Pasien tampak masih gelisah</li> <li>- Tampak bekas luka post operasi dibagian perut</li> <li>- TD : 124/82 mmHg</li> <li>- N : 89 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- S : 36,3°C</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>
Keletihan b.d kondisi fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>b. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>c. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>d. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik</li> <li>e. Melakukan tranfusi PRC 2 kantong</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh badan terasa lemah dan letih</li> <li>- pasien merasa masih tidak ada tenaga walaupun sudah istirahat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak pucat dan lesu</li> <li>- Hb : 10,2 g/dL</li> <li>- TD 128/80 mmHg</li> <li>- nadi 96 kali/menit</li> <li>- suhu 37,1 °C</li> <li>- RR : 19 kali/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>



**Lampiran 4 SOP Teknik Relaksasi Otot Progresif**



**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
TERAPI *PROGRESSIVE MUSCLE RELAXATION* (PMR)**



**OLEH :**

**BUNGA FATIHUL RAHMI**

**NIM. 223410940**

Perseptor Akademik

Perseptor Klinik

( Ns. Elvia Metti, M.Kep, Sp.Kep.Mat )

( Ns. Yani Fitriah, S.kep )

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

**TAHUN 2023**

#### A. Pengertian Progressive muscle relaxation

Terapi *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) merupakan teknik relaksasi yang melibatkan ketegangan dan relaksasi yang melibatkan ketegangan dan relaksasi otot satu per satu, memfokuskan perhatian pada perbedaan antara relaksasi otot dan ketegangan otot (Yudono, 2019).

#### B. Tujuan

Relaksasi merupakan salah satu bentuk mind-body therapy dalam terapi komplementer dan alternatif (Complementary and Alternative Therapy (CAM) (Moyad & Hawks, 2009). Terapi komplementer adalah pengobatan tradisional yang sudah diakui dan dapat dipakai sebagai pendamping terapi konvensional/medis. Pelaksanaannya dapat dilakukan bersamaan dengan terapi medis (Moyad & Hawks, 2009). Teknik relaksasi otot progresif (PMR) merupakan salah satu intervensi non farmakologis untuk mengurangi stres melalui efeksnya pada kondisi mental dan fisik, suasana hati, depresi dan kecemasan serta memberikan tubuh atau pikiran kesempatan untuk melakukan penyembuhan sendiri. PMR bekerja meningkatkan kerja saraf parasimpatis dan menurunkan stimulasi sistem saraf simpatis serta hipotalamus sehingga pengaruh stres fisik terhadap keduanya menjadi minimal (Natosba et al., 2020).

#### C. Langkah kegiatan

##### 1. Persiapan peralatan dan lingkungan

- a. Lingkungan dan suasana yang nyaman
- b. Posisikan tubuh senyaman mungkin yaitu berbaring atau duduk dan bersandar
- c. Lepas semua aksesoris yang digunakan seperti jam dan kacamata

##### 2. Prosedur

- a. Gerakan pertama untuk melatih otot tangan
  - 1) Genggam tangan kiri kemudian kepalkan tangan

- 2) Tekan kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi
- 3) Pada saat genggaman tangan dilepaskan, rasakan sensasinya sampai 20 detik
- 4) Gerakan dilakukan dua kali agar dapat membedakan ketegangan otot dan keadaan rileks
- 5) Lakukan pada tangan kanan dengan gerakan yang sama



Gambar 1. Menggenggam dan otot tangan bawah

- b. Gerakan kedua untuk melatih otot tangan bagian belakang
  - 1) Tekuk kedua pergelangan tangan ke belakang sehingga otot ditangan bagian belakang dan lengan bawah menegang
  - 2) Jari-jari menghadap langit



Gambar 2. Melatih otot bagian belakang

- c. Gerakan ketiga untuk melatih otot bisep (otot besar pada bagian atas pangkal lengan)
  - 1) Genggam kedua tangan sampai mengepal
  - 2) Kemudian kepala dibawa ke arah pundak sehingga otot bisep akan menjadi tegang



Gambar 3. Gerakan melatih otot-otot bisep.

- d. Gerakan keempat untuk melatih otot bahu

- 1) Angkat kedua bahu seakan-akan hingga menyentuh kedua telinga
- 2) Focus perhatian gerakan pada ketegangan yang terjadi di bahu punggung atas dan leher



Gambar 4. Latihan otot-otot bahu.

- e. Gerakan 5 dan 6 untuk melemaskan otot-otot wajah
  - 1) Gerakan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis
  - 2) Tutup mata sehingga dapat dirasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan.



Gambar 5. Latihan otot dahi

- f. Gerakan ketujuh untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang. Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot-otot rahang.



Gambar 7. Latihan otot rahang

- g. Gerakan kedelapan untuk mengendurkan otot-otot disekita mulut. Mencongkan bibir sekuat-kuatnya sehingga merasakan ketegangan disekitar mulut.



Gambar 8. Latihan otot mulut.

- h. Gerakan kesembilan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang. Gerakan diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan
- 1) Letakkan kepala sehingga dapat beristirahat
  - 2) Senderkan kepala pada kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan dibagian belakang leher dan punggung atas



Gambar 9. Latihan otot leher belakang.

- i. Gerakan kesepuluh ditunjukkan untuk melatih otot leher bagian depan
- 1) Gerakan mengarah kepala ke wajah
  - 2) Benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian wajah



Gambar 9b. Latihan otot leher depan

- j. Gerakan kesebelas untuk melatih otot punggung
- 1) Angkat tubuh dari sandaran
  - 2) Lengkungkan punggung

- 3) Busungkan dada tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian rilekskan
- 4) Serasa terasa rileks, letakkan tubuh dan bersandar sambil membiarkan otot menjadi lurus



Gambar 10. Latihan otot punggung.

k. Gerakan ke dua belas untuk melemaskan otot dada

- 1) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya
- 2) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan dibagian dada sampai turun ke perut, kemudian rilekskan
- 3) Saat tahanan dilepaskan lakukan nafas normal dengan lega
- 4) Ulangi kembali sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks



Gambar 11. Latihan otot dada.

l. Gerakan ke tiga belas untuk melatih otot perut

- 1) Tarik nafas dengan kuat perut ke dalam
- 2) Tahan sampai menjadi tegang selama 10 detik, lalu rilekskan dengan bebas



Gambar 12. Latihan otot perut.

m. Gerakan terakhir untuk melatih otot kaki

- 1) Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang
- 2) Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah otot betis
- 3) Tahan posisi tegang selama 10 detik, kemudian lepaskan
- 4) Ulangi setiap gerakan masing-masing 2 kali. (Nuwa,, 2018).



Gambar 14. Latihan otot paha.



Gambar 15. Latihan otot betis.

## DAFTAR PUSTAKA

- Nuwa, Kusnanto, & Utami. 2018. Modul : Kombinasi Terapi *Progressive Muscle Relaxation* Dengan *Spiritual Guided Imagery* Dan *Music* (Panduan Buat Perawat). Universitas Airlangga
- Natosba, Rahmania, & Lestari. 2019. Studi Deskriptif : Pengaruh *Progressive Muscle Relaxation* Dan *Hypnotherapy* Terhadap Nyeri Dan Kecemasan Pasien Kanker Serviks.